

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*CONTINUITY OF CARE*)
PADA NY. “A” DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM KECAMATAN
LEMBAH GUMANTI KABUPATEN SOLOK
SUMATERA BARAT
TAHUN 2026**



Oleh

**Nama : Yeni Marlinda
NIM : 241004615901077**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN FAKULTAS
KEBIDANAN UNIVERSITAS PRIMA
NUSANTARA BUKIT TINGGI
TAHUN 2025/2026**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*CONTINUITY OF CARE*)
PADA NY. “A” DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM KECAMATAN
LEMBAH GUMANTI KABUPATEN SOLOK
SUMATERA BARAT
TAHUN 2026**



**Laporan Tugas Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan**

Oleh

**Nama : Yeni Marlinda
NIM : 241004615901077**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN FAKULTAS
KEBIDANAN UNIVERSITAS PRIMA
NUSANTARA BUKIT TINGGI
TAHUN 2025/2026**

FORMAT LEMBAR PERSETUJUAN

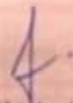
**PRAKTEK KLINIK PROFESI
STASE *CONTINUITY OF CARE* (COC)**

**Laporan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) Ini Telah
Memenuhi Syarat Untuk Dilaksanakan Ke Tahap Seminar Hasil**

Bukittinggi ,26 Februari 2026

Menyetujui,

Koodinator COC



Tuti Oktiani, S.ST, Bd, M.Keb
NIDN 1020108101

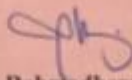
Pembimbing Akademik



Tuti Oktiani, S.ST, Bd, M.Keb
NIDN 1020108101

Mengetahui,

Ka.Prodi Profesi Bidan



Suci Rahmatadheny, S.ST, Bd, M.Keb
NIDN.1007049002

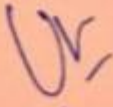
LEMBAR PENGESAHAN

PRAKTIK KLINIK PROFESI
STASE *CONTINUITY OF CARE* (COC)

Laporan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of care*) Ini Telah Berhasil Dipertahankan Dihadapan Dewan Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukit Tinggi Untuk Didokumentasikan Dalam Bentuk Laporan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of care*)

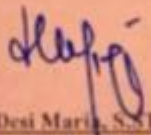
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Tuti Oktriani, S.ST, Bd, M.Keb ()

Penguji I : Wiwit Fetrisia, S.ST, Bd, M.Keb ()

Penguji II : Ilma Riski, S.ST, Bd ()

Ditetapkan : Bukit Tinggi
Tanggal : 26 Februari 2026
Mengetahui,
Dekan Fakultas Kebidanan


Ruffia Desi Maria, S.ST, Bd, M.Keb
NIDN. 1018038402

RIWAYAT HIDUP



Nama : Yeni Marlinda
Tempat/Tanggal Lahir : Sungai Nanam / 12 Mei 1978
Alamat : Jorong Lima Puluh, Nagari Sungai Nanam,
Kecamatan Lembah Gumanti, Kabupaten Solok,
Sumatera Barat
NIM : 241004615901077
Status Keluarga : Kawin
Email : yenimarlinda6@gmail.com
No. HP : 081370577510
Nama Orang Tua
Ayah : H. Ilyas
Ibu : Hj. Mardenis (Alm)

Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. SD Negeri 30 Sungai Nanam | Lulus Tahun 1991 |
| 2. SMP 02 Lembah Gumanti | Lulus Tahun 1994 |
| 3. SPK Ranah Minang Padang | Lulus Tahun 1997 |
| 4. PPB A SPK Depkes Padang | Lulus Tahun 1998 |

iii

- | | |
|---|------------------|
| 5. D3 Akbid Alifah Padang | Lulus Tahun 2011 |
| 6. D4 Bidan Pendidik STIKes Ranah Minang Padang | Lulus Tahun 2014 |
| 7. S2 Manajemen Kesehatan Universitas Fort De Kock Bukit Tinggi | Lulus Tahun 2022 |

Riwayat Pekerjaan

1. Bidan jorong wilayah kerja Puskesmas Alahan Panjang Tahun 1998 - 2017
2. Kepala Tata Usaha Puskesmas Sungai Nanam Tahun 2017 - 2022
3. Kepala Puskesmas Sungai Nanam Tahun 2022 - Sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Kebidanan *Continuity of care* pada Ny. "A" di Puskesmas Sungai Nanam kecamatan Lembah Gumanti Kabupaten Solok Sumatera Barat Tahun 2025 tepat pada waktunya.

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan di Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukit Tinggi. Penulis menyadari bahwa penyelesaian laporan ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Hj. Evi Susanti, S.ST., M.Biomed selaku Rektor Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
2. Bapak Ns. Fauzi Ashra, M.Kep. PhD selaku WAREK 1 Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
3. Bapak Yuhendri Putra, S.Si. M.Biomed selaku WAREK 2 Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
4. Ibu Mellia Fransiska, M.Kes selaku WAREK 3 Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
5. Ibu Rulfia Desi Maria, S.SiT., Bd., M.Keb selaku Dekan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
6. Ibu Suci Rahmadheny, S.ST.Bd, M.Keb selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
7. Ibu Tuti Oktriani, S.ST. Bd. M.Keb selaku coordinator COC Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi telah memberikan bimbingan dan masukan yang berharga

8. Ibu Tuti Oktriani, S.ST. Bd. M.Keb selaku pembimbing *Continuity of care* (COC) yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta masukan selama proses penyusunan laporan ini
9. Seluruh Staf Puskesmas Sungai Nanam
10. Ny. "A" dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden.
11. Orang tua, suami, anak-anak, dan seluruh keluarga yang telah memberikan doa dan dukungan.
12. Seluruh Dosen, Staf, dan rekan-rekan mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Bidan angkatan 2025.

Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun. Semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
RIWAYAT HIDUP	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
LAMPIRAN.....	x
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Umum Dan Khusus	8
C. Manfaat.....	10
 BAB II TINJAUAN TEORI.....	 11
A. Konsep COC (Continuity Of Care)	11
B. Holistik	15
C. Kehamilan.....	18
D. Persalinan	35
E. BBL (Bayi Baru Lahir).....	75
F. Nifas	88
G. KB (Keluarga Berencana)	106
 BAB III TINJAUAN KASUS.....	 220
A. Asuhan Kebidanan Kehamilan.....	220
B. Asuhan Kebidanan Persalinan	230
C. Asuhan Kebidana Bayi Baru Lahir	244
D. Asuhan Kebidanan Nifas.....	251
 BAB IV PEMBAHASAN.....	 259
A. Kehamilan	259
B. Persalinan	261
C. Nifas	266
D. Bayi Baru Lahir	268
 BAB V PENUTUP	 270
A. Kesimpulan	270
B. Saran	271

DAFTAR PUSTAKA	273
DAFTAR LAMPIRAN	275

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tanda bahaya dalam kehamilan TM III	21
Tabel 2.2 Kenaikan BB wanita hamil berdasarkan BMI sebelum hamil	26
Tabel 2.3 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir (BBL)	83
Tabel 2.4 Asuhan Komplementger pada BBL	87
Tabel 2.5 Kunjungan Nifas.....	102
Tabel 2.6 Asuhan Komplementer Masa Nifas	105

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Responden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lampiran 3 Partograf

Lampiran 4 Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 5 Kartu Konsultasi Bimbingan COC

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih menjadi permasalahan kesehatan di Indonesia. Salah satu penyebab tingginya AKI dan AKB adalah kurang optimalnya pelayanan kesehatan ibu yang berkesinambungan sejak masa kehamilan, persalinan, hingga masa nifas. Pelayanan yang terfragmentasi dapat menyebabkan keterlambatan dalam mendeteksi dan menangani komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.(*WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care*. Geneva: WHO; 2022)

Secara global, kematian ibu masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius, terutama di negara berkembang. Penyebab utama kematian ibu antara lain perdarahan postpartum, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia dan eklamsia), infeksi, komplikasi persalinan, serta abortus tidak aman. Perdarahan postpartum menjadi penyumbang terbesar kematian maternal, terutama akibat atonia uteri (WHO,*Maternal Mortality*. Geneva: WHO; 2023).

Menurut Profil Kesehatan Indonesia (2024) Secara umum, terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2020 dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini hampir mencapai target RPJMN 2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, masih diperlukan upaya dalam percepatan penurunan AKI untuk mencapai target SDGs yaitu sebesar 70 per 100.000

kelahiran hidup pada tahun 2030, Sedangkan data profil Sumatera Barat menggambarkan ada kematian Ibu sekitar 178 per 100.000 kelahiran hidup, untuk kabupaten Solok 2 kematian Ibu dan untuk wilayah Puskesmas Sungau Nanam tidak ada kasus kematian ibu di tahun 2024. (Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2024)

Upaya pencegahan Angka Kematian Ibu (AKI) memerlukan pendekatan yang komprehensif dan berkesinambungan mulai dari masa prakehamilan hingga periode postpartum. Menurut World Health Organization, sebagian besar kematian maternal dapat dicegah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas, deteksi dini faktor risiko, serta penanganan komplikasi secara cepat dan tepat. Strategi utama dimulai dengan peningkatan cakupan dan mutu pelayanan antenatal (ANC) minimal delapan kali kontak selama kehamilan untuk mengidentifikasi anemia, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, dan gangguan pertumbuhan janin. Selain itu, persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dengan penerapan standar Asuhan Persalinan Normal (APN) serta manajemen aktif kala III untuk mencegah perdarahan postpartum sebagai penyebab utama kematian ibu. Penguatan sistem rujukan yang efektif juga sangat penting guna mencegah terjadinya tiga keterlambatan (three delays), yaitu keterlambatan dalam pengambilan keputusan, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan, dan keterlambatan mendapatkan pelayanan yang adekuat. Upaya promotif dan preventif seperti peningkatan edukasi kesehatan reproduksi, perbaikan status gizi perempuan, serta program keluarga berencana untuk mengatur jarak dan jumlah kehamilan turut berperan dalam menurunkan risiko

komplikasi maternal. Dengan kombinasi intervensi klinis, penguatan sistem kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat, penurunan AKI dapat dicapai secara lebih optimal dan berkelanjutan. (*WHO Recommendations on Maternal Health*. Geneva: WHO; 2022.)

Angka Kematian Bayi (AKB) juga merupakan salah satu indikator penting dalam evaluasi sistem kesehatan suatu wilayah karena mencerminkan kualitas layanan maternal dan neonatal serta determinan sosial yang memengaruhi kesehatan keluarga. AKB didefinisikan sebagai jumlah kematian bayi sebelum mencapai usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup dalam periode tertentu. Tingginya AKB menunjukkan adanya kegagalan dalam pencegahan komplikasi pada fase awal kehidupan, yang sering kali berakar dari masalah pada masa kehamilan dan persalinan. Penyebab utama kematian bayi meliputi prematuritas, berat badan lahir rendah (BBLR), sepsis neonatal, asfiksia perinatal, dan kelainan kongenital, dimana banyak di antaranya dapat dicegah melalui intervensi medis yang tepat dan pelayanan kebidanan yang berkualitas. Risiko bayi meninggal lebih tinggi pada ibu yang mengalami komplikasi kehamilan seperti hipertensi, infeksi, atau kurangnya kunjungan antenatal yang memadai. Selain itu, faktor sosial ekonomi seperti rendahnya tingkat pendidikan ibu, praktik perawatan bayi yang kurang optimal, kurangnya imunisasi, dan keterbatasan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan turut memperburuk risiko kematian bayi. (WHO 2024)

Menurut Profil Kesehatan Indonesia (2024) Secara umum Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih menunjukkan angka yang relatif tinggi

meskipun mengalami tren penurunan dalam beberapa tahun terakhir. Data historis menunjukkan bahwa AKB pada tahun 2024 diperkirakan berada di kisaran $\pm 15,49$ per 1.000 kelahiran hidup, menurun jika dibandingkan dengan periode sebelumnya yang sekitar 17 per 1.000 kelahiran hidup, tetapi angka ini masih berada di atas target nasional yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024, yaitu ≤ 16 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan data profil Sumatera Barat menggambarkan ada kematian Bayi sekitar 826 kasus, kabupaten solok 49 kematian Bayi (Lap.Dinkes Solok 2024) dan untuk wilayah Puskesmas Sungau Nanam ada 6 kasus kematian Bayi (PKP 2024)

Untuk menurunkan AKB, strategi intervensi perlu dilakukan secara komprehensif mulai dari deteksi dini dan manajemen risiko kehamilan, persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, hingga asuhan neonatal esensial, termasuk menjaga suhu tubuh bayi baru lahir, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, imunisasi lengkap, serta pemantauan pertumbuhan dan perkembangan secara berkala.

Continuity of Care (COC) merupakan pendekatan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan berfokus pada asuhan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, hingga keluarga berencana. Asuhan COC memungkinkan bidan untuk memantau kondisi ibu dan bayi secara berkelanjutan, membangun hubungan saling percaya, serta meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan. Asuhan kebidanan secara COC Adalah salah satu

cara untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Diana,2017)

Pelayanan COC pada ibu hamil meliputi pemantauan kehamilan secara teratur untuk mendeteksi dini faktor risiko dan komplikasi. Pada masa persalinan, bidan memberikan asuhan sesuai standar untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi. Selanjutnya, pada masa nifas, bidan berperan penting dalam pemantauan involusi uterus, kondisi psikologis ibu, pemberian ASI, serta pencegahan komplikasi nifas

Kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya terjadi kehamilan (Fatimah dan Nuryaningsih, 2017).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Jadi, dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau diluar rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir (Fatimah dan Nuryaningsih, 2017).

Menurut Profil Kesehatan Indonesia (2024) persentasi ibu hamil yang melakukan kunjungan K4 sebanyak 75,6 %, di Provinsi Sumatera Barat

sebanyak 70,4%. Sedangkan Profil Kesehatan Kabupaten Solok (2024) cakupan kunjungan ibu hamil untuk K1 = 99,2 % dan K4 = 85,66 %. Tahun 2024 ibu hamil yang melakukan kunjungan K1 di Puskesmas Sungai Nanam sebanyak 102,3 % dan K4 sebanyak 82,81 %. Asuhan kebidanan mengutamakan kesinambungan pelayanan (Continuity Of Care), karena sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang profesional yang sama atau dari satu tim kecil tenaga profesional, sehingga perkembangan kondisi mereka setiap saat akan terpantau dengan baik (Sebtalesy, 2018).

Asuhan persalinan normal merupakan pelayanan asuhan persalinan yang bersih dan aman di setiap tahapan persalinan dan dapat memenuhi atau melebihi apa yang diharapkan klien atas pelayanan yang telah diberikan. Asuhan Persalinan Normal (APN) bertujuan untuk mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2016).

Menurut Profil Kesehatan Indonesia (2024), persentasi ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan difasilitas kesehatan sebanyak 87,2% di Provinsi Sumatera Barat sebesar 73%. Sedangkan Profil Kesehatan Kabupaten Solok (2024), ibu hamil yang melakukan persalinan dengan tenaga kesehatan sebanyak 84,05 % sedangkan cakupan ibu bersalin yang ditolong tenaga kesehatan di Puskesmas Sungai Nanam sebanyak 87,50 %

Setelah melewati proses persalinan ibu selanjutnya akan memasuki masa nifas. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan

selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Wahyuni, 2018).

Menurut Profil Kesehatan Indonesia (2024), persentasi kunjungan ibu nifas (KF3) sebanyak 85,7% di Provinsi Sumatera Barat sebesar 84,05 Sedangkan Profil Kesehatan Kabupaten Solok (2024), ibu yang mendapatkan pelayanan kesehatan nifas Puskesmas Sungai Nanam sebanyak (87,50%). Sasaran ibu bersalin pada tahun 2024 adalah 448 orang dengan cakupan ibu mendapat pelayanan nifas 392 orang.

Asuhan komprehensif juga difokuskan pada penanganan bayi baru lahir yang juga membutuhkan pemantauan. Kurang baiknya penanganan bayi baru lahir yang sehat mengakibatkan cacat seumur hidup, bahkan kematian. Oleh karena itu adaptasi fisiologi yang dilakukan bayi baru lahir perlu diketahui dengan baik oleh tenaga kesehatan, khususnya bidan yang selalu memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi (Sembiring, 2019).

Menurut Profil Kesehatan Indonesia (2024), capaian persentasi kunjungan bayi baru lahir KN 1 sebanyak 92% di Provinsi Sumatera Barat berjumlah 76,9%. Sedangkan di Profil Kesehatan Kabupaten Solok (2024), BBL yang mendapatkan pelayanan Kesehatan sebanyak 15.208 orang atau 99,8%, mengalami sedikit peningkatan bila dibandingkan dengan cakupan tahun 2023 (98,4%). Presentasi kunjungan Bayi Baru Lahir di Puskesmas Sungai Nanam sebanyak 99,1%.

Dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir diharapkan semua tenaga kesehatan yang melakukan pertolongan

persalinan dilatih agar mampu mencegah komplikasi yang mungkin terjadi, mulai dari hamil, bersalin, nifas dan BBL, serta menerapkan asuhan persalinan secara tepat guna dan waktu, baik sebelum atau saat masalah terjadi dan segera melakukan rujukan saat kondisi ibu masih optimal.

Berdasarkan data-data diatas, peran bidan dapat terlihat dari asuhan kebidanan yang diberikan pada kehamilan selama 6 kali kunjungan sehingga tidak terdapat penyulit dan komplikasi. Asuhan kebidanan persalinan yakni melakukan pertolongan sesuai standar asuhan persalinan normal (APN) sehingga seluruh tahapan tidak terdapat penyulit dan komplikasi. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dilakukan sesuai standar asuhan kebidanan. Selama pemantauan tidak ditemukan adanya penyulit, komplikasi dan tanda bahaya pada bayi. Asuhan kebidanan pada masa nifas dilakukan mulai dari 6 jam sampai dengan 6 minggu post partum, masa nifas berjalan dengan lancar, involusi terjadi secara normal, tidak terdapat komplikasi dan ibu tampak sehat (Podungge, 2020).

Oleh sebab itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dari trimester III dilanjutkan dengan bersalin, nifas, dan bayi baru lahir dan KB sebagai laporan akhir.

B. Tujuan Umum dan Khusus

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan komprehensif

pada Ny”B” dengan menggunakan alur fikir Varney dan melakukan pendokumentasian SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian dan pengumpulan data pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB
- b. Mampu menginterpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa masalah, dan kebutuhan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB
- c. Mampu menganalisis dan menentukan diagnosa potensial pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.
- d. Mampu menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera baik mandiri, kolaborasi maupun rujukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.
- e. Mampu menyusun rencana asuhan menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan kebutuhan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas , bayi baru lahir dan KB.
- f. Mampu menerapkan tindakan asuhan kebidanan yang diberikan sesuai dengan rencana yang efisien dan aman pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas , bayi baru lahir dan KB.
- g. Mampu melakukan evaluasi hasil asuhan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas , bayi baru lahir dan KB.

- h. Mampu mendokumentasikan asuhan pelayanan kebidanan dalam bentuk SOAP.

C. Manfaat

1. Bagi Penulis

Dapat menambah wawasan dan meningkatkan pengetahuan atau keterampilan serta dapat mengaplikasikan melalui praktik atau pembinaan secara langsung dilapangan sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan atau referensi pengembangan pendidikan dalam menerapkan asuhan kebidanan komprehensif dengan alur fikir Varney.

3. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan komprehensif serta menjadi masukan dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan sesuai standar.

4. Bagi Ibu dan keluarga

Diharapkan dapat meningkatkan pemahaman ibu dan keluarga tentang pentingnya asuhan kebidanan yang berkelanjutan dan berkualitas.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep COC (Continuity of Care)

1. Pengertian

Continuity of Care adalah pelayanan kesehatan yang diberikan secara berkesinambungan dan terintegrasi kepada individu sepanjang waktu, sesuai dengan kebutuhan kesehatan pasien, dengan tujuan meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan (WHO). Sedangkan menurut ICM (International Confederation of Midwives) Continuity of Care adalah pelayanan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dan berkesinambungan, di mana bidan bertanggung jawab memberikan asuhan pada ibu sejak masa kehamilan, persalinan, hingga periode setelah melahirkan

2. Prinsip Dasar COC

Konsep COC didasarkan pada beberapa prinsip utama, yaitu :

a. Berkesinambungan

Asuhan diberikan secara terus-menerus tanpa terputus antar periode

b. Komprehensif

Meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

c. Berfokus pada ibu (woman centered care)

Asuhan disesuaikan dengan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan budaya ibu.

d. Hubungan terapeutik

Terjalannya hubungan saling percaya antara bidan dan ibu.

e. **Berbasis standar pelayanan**

Asuhan diberikan sesuai standar dan kewenangan bidan.

3. Komponen Asuhan COC

a. Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)

- 1) Pemantauan kemajuan persalinan
- 2) Pencegahan komplikasi
- 3) Dukungan fisik dan emosional selama persalinan

b. Asuhan Persalinan (Intranatal Care)

- 1) Pemantauan kemajuan persalinan
- 2) Pencegahan komplikasi
- 3) Dukungan fisik dan emosional selama persalinan

c. Asuhan Nifas (Postnatal Care)

- 1) Pemantauan involusi uterus dan tanda bahaya nifas
- 2) Dukungan menyusui dan perawatan bayi
- 3) Pemantauan kondisi psikologis ibu

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Penilaian kondisi bayi
- 2) Pencegahan komplikasi neonates
- 3) Edukasi perawatan bayi

e. Pelayanan Keluarga Berencana

- 1) Konseling KB
- 2) Pemilihan metode KB sesuai kondisi ibu

4. Tujuan Penerapan COC dalam pelayanan kebidanan

a. Meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan

Dengan memberikan asuhan berkesinambungan, bidan dapat memantau kondisi ibu dan bayi secara optimal, sehingga pelayanan menjadi lebih efektif dan sesuai standar.

b. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi

Deteksi dini komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas dapat dilakukan melalui COC, sehingga risiko morbiditas dan mortalitas dapat diminimalkan.

c. Meningkatkan kepuasan ibu terhadap pelayanan

Hubungan yang terjalin antara bidan dan ibu selama asuhan berkelanjutan membuat ibu merasa nyaman, aman, dan didukung secara psikologis.

d. Meningkatkan deteksi dini komplikasi

Asuhan yang konsisten memungkinkan bidan mengenali tanda bahaya atau risiko sejak awal sehingga intervensi dapat dilakukan lebih cepat.

e. Membangun hubungan terapeutik yang berkesinambungan

COC menekankan hubungan saling percaya antara bidan dan ibu, yang penting untuk mendukung kepatuhan ibu terhadap saran kesehatan.

f. Mendukung pelayanan kesehatan berbasis keluarga dan komunitas

Dengan informasi yang lengkap tentang kondisi ibu dan bayi, bidan dapat memberikan konseling dan edukasi yang relevan

bagi keluarga, meningkatkan peran serta keluarga dalam perawatan

5. Manfaat Konsep COC

a. Bagi Ibu

- 1) Memberikan rasa aman, nyaman, dan didampingi secara berkelanjutan selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas.
- 2) Membantu deteksi dini komplikasi sehingga penanganan bisa lebih cepat dan Meningkatkan kepatuhan ibu terhadap saran kesehatan dan jadwal kunjungan antenatal (ANC).
- 3) Memberikan dukungan psikologis, emosional, dan edukasi kesehatan yang konsisten.

b. Bagi Bayi

- 1) Mendukung pemantauan kesehatan bayi sejak lahir hingga masa nifas.
- 2) Mengurangi risiko komplikasi neonatal melalui deteksi dini dan intervensi tepat waktu.
- 3) Membantu keberhasilan inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif.

c. Manfaat bagi Bidan

- 1) Mempermudah perencanaan dan pelaksanaan asuhan secara terstruktur dan berkesinambungan.
- 2) Memperkuat hubungan profesional antara bidan dan ibu, meningkatkan kepercayaan ibu.

- 3) Meningkatkan kemampuan bidan dalam mendeteksi masalah kesehatan dan mengambil tindakan sesuai standar.

d. Manfaat bagi Sistem Kesehatan

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan kebidanan dan efisiensi penggunaan sumber daya kesehatan.
- 2) Menurunkan angka mortalitas dan morbiditas ibu serta bayi.
- 3) Menjadi dasar untuk perencanaan program kesehatan ibu dan anak berbasis data yang akurat

6. Konsep COC dalam Praktik Kebidanan

- a. pencatatan dan dokumentasi asuhan secara berkesinambungan,
- b. koordinasi rujukan bila ditemukan komplikasi,
- c. pemantauan berkelanjutan sesuai jadwal kunjungan

B. HOLISTIK

1. Pengertian

Konsep holistik dalam kebidanan menekankan bahwa perempuan harus dipandang sebagai individu yang utuh, mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual. Dalam praktik kebidanan, pendekatan holistik tercermin dalam asuhan yang berpusat pada perempuan sebagaimana ditegaskan oleh International Confederation of Midwives bahwa bidan memberikan asuhan yang menghormati pilihan, kebutuhan, dan nilai perempuan (ICM, 2014). Di Indonesia, prinsip ini juga sejalan dengan standar praktik kebidanan yang menekankan pelayanan yang

berkesinambungan dan menyeluruh terhadap perempuan sepanjang siklus reproduksinya, dengan mempertimbangkan kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial klien (Ambarwati, 2010) .

2. Tujuan Pendekatan Holistik dalam kebidanan

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi secara menyeluruh
Asuhan tidak hanya menekankan kesehatan fisik, tetapi juga kesejahteraan psikologis, sosial, dan spiritual (Dossey, 2008; Neuman, 2011).
- b. Memberikan pelayanan berpusat pada perempuan (woman-centered care)Menghargai nilai, budaya, keyakinan, dan pilihan ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas (ICM,2014)
- c. Mencegah komplikasi dan masalah kesehatan secara komprehensif
Dengan melihat faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan secara terpadu, risiko komplikasi dapat diminimalkan.
- d. Meningkatkan kualitas pengalaman kehamilan dan persalinan
Dukungan emosional, edukasi, dan komunikasi efektif antara bidan dan ibu membuat proses kehamilan dan persalinan lebih positif.
- e. Melibatkan keluarga dan lingkungan,asuhan holistik melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi (Ambarwati, 2010).
- f. Menciptakan hubungan terapeutik yang harmonis antara bidan dan klien.Hubungan saling percaya memungkinkan ibu merasa dihargai, aman, dan didukung sepanjang asuhan kebidanan.

3. Bagian-Bagian Praktik Holistik dalam Kebidanan

a. Aspek Fisik (Biologis)

- 1) Pemeriksaan kehamilan rutin (ANC)
- 2) Pemantauan persalinan dan nifas
- 3) Penanganan komplikasi medis
- 4) Nutrisi dan edukasi gaya hidup sehat

b. Aspek Psikologis (Emosional)

- 1) Dukungan emosional selama hamil, persalinan, dan nifas
- 2) Konseling untuk mengurangi stres, cemas, atau depresi
- 3) Teknik relaksasi, hypnobirthing, atau meditasi

c. Aspek Sosial

- 1) Dukungan keluarga dan komunitas
- 2) Mengajak keluarga ikut serta dalam proses asuhan
- 3) Memperhatikan kondisi ekonomi dan akses layanan

d. Aspek Budaya

- 1) Menghormati adat istiadat dan tradisi lokal selama kehamilan, persalinan, dan nifas
- 2) Memastikan praktik tradisional yang dilakukan aman bagi ibu dan bayi

e. Aspek Spiritual

- 1) Memberi ruang bagi praktik ibadah, doa, atau keyakinan ibu
- 2) Dukungan spiritual untuk menenangkan dan memberi rasa aman

f. Aspek Edukasi dan Promotif

- 1) Memberikan informasi tentang kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi
- 2) Meningkatkan kemampuan ibu dalam mengambil keputusan terkait kesehatannya

d. Aspek Komplementer (*Bagian dari praktik holistik*)

Terapi tambahan yang mendukung kesehatan fisik dan mental, misalnya aromaterapi, yoga prenatal, musik relaksasi, pijat ibu hamil.

C. KEHAMILAN

1. Pengertian (Kehamilan Trimester III)

Kehamilan adalah mulai dari ovulasi sampai partus lamanya 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Pembagian kehamilan dibagi dalam 3 trimester: trimester I, dimulai dari konsepsi sampai tiga bulan (0-12minggu); trimester II, dimulai dari bulan keempat sampai enam bulan (13-28minggu); trimester III dari bulan tujuh sampai sembilan bulan (29-42minggu) (Fatimah dan Nuryaningsih, 2017).

2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kehamilan Trimester III

a. Perubahan Fisiologis pada Ibu Hamil TM III

- 1) Sistem reproduksi
 - a) Uterus

Panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya 27 cm, dan umur kehamilan 36 minggu panjang 30 cm. Regangan dinding rahim karena besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri makin tertarik ke atas dan menipis disegmen bawah rahim (SBR) (Manuaba, 2010).

b) Vagina dan vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada saat persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Yulizawati, et al, 2017).

2) Sistem Pencernaan

Hormon progesteron menimbulkan gerak usus semakin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi (Manuaba, 2010).

3) Sistem Respirasi

Pada kehamilan, terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O_2 . Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari pada biasanya (Manuaba, 2010).

4) Sistem Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah bertambah sebesar 25 sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20% (Manuaba, 2010).

5) Sistem Perkemihan

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh (Manuaba, 2010).

b. Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil TM III

Menurut Romauli (2011), perubahan psikologis pada masa kehamilan trimester III, yaitu:

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian.
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif)
- 8) Libido menurun.

4. Tanda Bahaya dalam Kehamilan Trimester III

Tabel 2.1 Tanda bahaya dalam kehamilan TM III

Tanda-tanda bahaya	Penjelasan
Bengkak/ oedema pada muka atau tangan	Sebagian ibu hamil mengalami bengkak/oedema yang normal pada kaki, biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah istirahat atau menaikkan kaki lebih tinggi. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan diikuti dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini bisa merupakan gejala anemia, gagal jantung atau preeklamsia.
Nyeri abdomen yang hebat	Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang dapat mengancam jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah istirahat. Hal ini bisa disebabkan karena appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, radang gastritis, penyakit kandung empedu, iritasi uterus, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lain.
Berkurangnya gerakan janin	1) Ibu mulai merasakan gerakan bayinya mulai bulan ke-5 atau ke-6, kadang lebih awal. 2) Pada saat bayi tidur, gerakannya akan melemah. 3) Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam . 4) Gerakan bayi akan lebih muda terasa bila ibu berbarin atau beristirahat dan jika ibu akan makan dan minum dengan baik.
Perdarahan pervaginam	1) Perdarahan pervaginam dalam kehamilan cukup normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan. 2) Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi, dan merupakan keadaan normal. 3) Pada waktu lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin tanda dari '<i>friable cervix</i>'. Perdarahan semacam ini bisa normal atau mungkin suatu tanda adanya infeksi. 4) Pada akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, jumlahnya banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa disebabkan karena plasenta previa atau abrupsi plasenta.
Sakit kepala hebat	Sakit kepala pada saat kehamilan merupakan hal yang umum, seringkali merupakan keluhan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu dapat menemukan penglihatannya menjadi kabur atau berbayangan. Sakit kepala hebat dalam kehamilan merupakan gejala dan preeklamsi.

Penglihatan kabur	Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah penglihatan yang menunjukkan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan penglihatan mendadak misalnya pandangan kabur atau berbayang/berbintik-bintik. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Perubahan penglihatan mendadak mungkin merupakan suatu tanda preeklamsi.
-------------------	---

(Sumber: Sutanto dan Yuni, 2019:)

5. Ketidaknyamanan dalam Kehamilan Trimester III

Menurut Sutanto dan Yuni (2019) Ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester III yaitu:

a. Rasa lelah yang berlebihan pada punggung

Bayi yang tumbuh semakin besar dan beratnya mengarah kedepan membuat punggung berusaha menyeimbangkan posisi tubuh. Hal ini menyebabkan punggung yang cepat lelah. Oleh sebab itulah, orang yang hamil tua tidak tahan berjalan terlalu jauh. Berdiri dan duduk dengan menyandar akan terasa lebih ringan. Ibu hamil disarankan untuk memijat otot yang kaku.

b. Bengkak pada mata kaki atau betis

Bengkak pada mata kaki atau betis dapat mengganggu bagi sebagian ibu hamil. Sementara itu, rahim yang besar akan menekan pembuluh darah utama dari bagian bawah tubuh ke atas tubuh, menyebabkan darah yang mau mengalir dari bagian bawah menjadi terhambat.

c. Napas lebih pendek

Ukuran bayi yang semakin besar di dalam rahim akan menekan daerah diafragma (otot di bawah paru-paru) menyebabkan aliran napas agak

berat, sehingga secara otomatis tubuh akan meresponnya dengan napas yang lebih pendek.

d. Panas diperut bagian atas

Panas di perut bagian atas disebabkan oleh peningkatan asam lambung. Penyebabnya adalah perubahan hormon dalam tubuh ibu hamil. Untuk mengatasinya, minum lebih banyak air dan makan dengan porsi yang lebih sedikit tapi frekuensinya lebih banyak.

e. Varises diwajah dan kaki

Varises merupakan pelebaran pembuluh darah pada wanita hamil terjadi di daerah wajah, leher, lengan dan kaki terutama di betis. Pelebaran pembuluh darah bisa juga terjadi di daerah anus, sehingga menyebabkan wasir.

f. Stretch mark

Stretch mark adalah garis-garis putih pada daerah perut, bisa juga terjadi di dada, pantat, paha dan lengan atas.

g. Payudara semakin membesar

Payudara semakin membesar disebabkan oleh kelenjar susu yang mulai penuh dengan susu. Pada saat tertentu akan keluar tetesan-tetesan air susu di bra ibu, terutama setelah bulan ke 9. Penambahan berat payudara berkisar antara 1/2 -2 kg.

6. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Menurut Romauli (2011), kebutuhan psikologis ibu hamil trimester III yaitu:

a. Support keluarga

- 1) Keluarga ikut mendukung dan pengertian dengan mengurangi beban kerja ibu mewaspadai tanda persalinan.
- 2) Ikut serta merundingkan persiapan persalinan.
- 3) Suami dan pasangan perlu menyiapkan kenyataan dari peran menjadi orang tua.
- 4) Suami harus dapat mengatakan “saya tahu peran saya selama proses kelahiran dan saya akan menjadi orang tua”.

b. Support dari tenaga kesehatan

- 1) Menginformasikan tentang hasil pemeriksaan.
- 2) Meyakinkan bahwa ibu akan menjalani kehamilan dengan baik.
- 3) Meyakinkan ibu bahwa bidan selalu siap membantu
- 4) Meyakinkan ibu bahwa ibu dapat melewati persalinan dengan baik.

c. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil biasanya ialah ayah sang anak, semakin banyak bukti menunjukkan bahwa wanita yang diperhatikannya dan dikasihi oleh pasangan prianya selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih sedikit komplikasi persalinan, dan lebih mudah melakukan penyesuaian selama masa nifas.

d. Persiapan menjadi orang tua

Ini sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah, dan keluarga.

e. Manfaat pendidikan calon orang tua

- 1) Suatu kesempatan belajar perubahan fisik selama hamil, persalinan dan setelahnya.
- 2) Mengetahui perubahan psikologis, emosional, intelektual dan perubahan lingkungan yang terjadi dalam masa kehamilan dan kelahiran bayi.
- 3) Mendapatkan support social dari orang tua yang mempunyai pengalaman serupa dengan mereka.
- 4) Suatu cara belajar tentang menjadi orang tua dari wanita yang baru melahirkan, apabila kelas diatur dalam beberapa cara yaitu ibu baru dipertemukan dengan calon ibu.
- 5) Membangun kepercayaan mereka sendiri dalam menghadapi kelahiran dan persalinan.

7. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Menurut Tyastuti dan Heni (2016), kebutuhan fisiologis ibu hamil trimester III yaitu:

a. Kebutuhan oksigen

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O_2 , di samping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam. Hal ini akan berhubungan dengan meningkatnya aktifitas paru-paru oleh karena selain untuk mencukupi kebutuhan O_2 ibu, juga harus mencukupi kebutuhan O_2 janin.

b. Kebutuhan nutrisi

Untuk mengakomodasi perubahan yang terjadi selama masa hamil, banyak diperlukan zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari pada sebelum hamil. Pada ibu hamil akan mengalami BB bertambah, penambahan BB bisa diukur dari IMT (Indeks Masa Tubuh) / BMI (Body Mass Index) sebelum hamil. IMT dihitung dengan cara BB sebelum hamil dalam kg dibagi (TB dlm m)².

Tabel 2.2 Kenaikan BB wanita hamil berdasarkan BMI sebelum hamil

Kategori BMI	Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan
Rendah (BMI < 19,8)	12,5 - 18 kg
Normal (BMI 19,8 - 26)	11,5 - 16 kg
Tinggi (BMI > 26 - 29)	7 - 11,5 kg
Obesitas (BMI > 29)	< 6 kg

(Sumber: Helen Varney, Buku Saku Bidan, Ilmu Kebidanan)

c. Personal hygiene

Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor banyak mengandung kuman. Pada ibu hamil karena bertambahnya aktifitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih, sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra disamping itu menjaga kebersihan badan juga dapat untuk mendapatkan rasa nyaman bagi tubuh.

d. Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat di leher, stoking tungkai yang sering di gunakan oleh

sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Dalam memilih bra supaya yang mempunyai tali bahu yang lebar sehingga tidak menimbulkan rasa sakit pada bahu. Sebaiknya memilih bra yang bahannya dari katun karena selain mudah dicuci juga jarang menimbulkan iritasi.

Celana dalam sebaiknya terbuat dari katun yang mudah menyerap air sehingga untuk mencegah kelembaban yang dapat menyebabkan gatal dan iritasi apalagi ibu hamil biasanya sering BAK karena ada penekanan kandung kemih oleh pembesaran uterus.

Sepatu harus terasa pas, enak dan aman, sepatu bertumit tinggi berujung lancip tidak baik bagi kaki, khususnya pada saat kehamilan ketika stabilitas tubuh terganggu dan cidera kaki yang sering terjadi.

e. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi.

f. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan.

g. Bodi mekanik

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligamen ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligamen karena adanya pembesaran rahim nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil:

1) Duduk

Duduk adalah posisi yang lazim dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanannya penting.

2) Berdiri

Ibu perlu dianjurkan untuk berdiri dan berjalan tegak, dengan menggunakan otot transversus dan dasar panggul. Posisi kepala penting, kepala harus dipertahankan tegak dengan dagu rata dan bahu turun rileks.

3) Berjalan

Ibu hamil penting untuk tidak memakai sepatu berhak tinggi atau tanpa hak. Hindari juga sepatu bertumit runcing karena mudah menghilangkan keseimbangan.

4) Tidur

Karena resiko hipotensi akibat berbaring telentang, berbaring dapat harus dihindari setelah empat bulan kehamilan.

5) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

8. Asuhan Antenatal

a. Pengertian Asuhan Antenatal

Asuhan Antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2016).

b. 6 Alasan Penting untuk Mendapatkan Asuhan Antenatal

- 1) Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan
- 2) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
- 3) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
- 4) Mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan resiko tinggi.
- 5) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.

- 6) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Prawirohardjo, 2016).

c. Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Kunjungan Antenatal Care dilakukan minimal 6 kali selama kehamilan yaitu:

1) Kunjungan 1/KI (Trimester 1)

KI atau kunjungan baru ibu hamil yaitu kunjungan yang pertama kali pada masa kehamilan. Kunjungan ini minimal satu kali dilakukan hingga usia kehamilan 13 minggu.

2) Kunjungan kedua dan ketiga/KII dan KIII (Trimester 2)

Pada periode ini ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan minimal dua kali selama kehamilan 14-27 minggu.

3) Kunjungan KIV-KVI (Trimester 3)

Pada periode ini sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 3 kali pada usia kehamilan diatas 28 minggu (Buku KIA, 2023).

d. Pelayanan Standar Asuhan Antenatal

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2019), dalam melakukan pemeriksaan antenatal tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan berkualitas sesuai standar. Pelayanan dilakukan pada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10T yaitu:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- 2) Pengukuran tekanan darah.
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA).

- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).
- 5) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
- 6) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus sesuai status imunisasi.
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 8) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).
- 9) Tatalaksana kasus sesuai indikasi.
- 10) Pelaksanaan temu wicara/konseling (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk KB pasca persalinan).

7. Asuhan Komplementer Pada Ibu Hamil

Pelayanan antenatal yang berkualitas tidak hanya mencakup pemeriksaan fisik, tetapi juga dukungan psikologis dan edukasi kesehatan. Asuhan komplementer mendukung upaya tersebut dengan meningkatkan rasa aman dan kepuasan ibu selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014)

a. Manfaat Asuhan Komplementer pada Ibu Hamil

1) Mengurangi ketidaknyamanan fisik

Membantu mengurangi mual muntah, nyeri punggung, kram kaki, pegal, dan kelelahan selama kehamilan.

2) Menurunkan stres dan kecemasan

Teknik relaksasi, yoga prenatal, dan terapi musik membantu ibu merasa lebih tenang dan nyaman secara emosional.

3) Meningkatkan kualitas tidur

Pijat kehamilan dan relaksasi dapat membantu ibu hamil tidur lebih nyenyak.

4) Meningkatkan kesejahteraan psikologis

Membantu ibu lebih percaya diri, rileks, dan siap menghadapi proses kehamilan serta persalinan.

5) Mendukung kesehatan ibu dan janin

Kondisi ibu yang rileks berdampak positif pada pertumbuhan dan perkembangan janin.

6) Mengurangi ketergantungan obat

Asuhan komplementer merupakan metode non-farmakologis sehingga aman bila dilakukan dengan benar.

7) Mempersiapkan persalinan

Senam hamil dan latihan pernapasan membantu meningkatkan kekuatan otot dan kesiapan fisik untuk melahirkan.

8) Meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan antenatal

Ibu merasa lebih diperhatikan secara menyeluruh (fisik, mental, dan sosial).

b. Prinsip Asuhan Komplementer

a) Keamanan (Safety)

Asuhan komplementer harus aman bagi ibu dan janin, tidak menimbulkan efek samping, serta tidak membahayakan kondisi kehamilan.

b) Sebagai Pendamping, Bukan Pengganti

Asuhan komplementer digunakan untuk melengkapi, bukan menggantikan, asuhan medis atau kebidanan utama.

c) Berbasis Kebutuhan Klien

Dilakukan sesuai dengan kondisi, keluhan, budaya, dan kebutuhan individu ibu hamil.

d) Pendekatan Holistik

Memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual ibu secara menyeluruh.

e) Dilakukan oleh Tenaga Terlatih

Harus dilakukan oleh tenaga kesehatan atau individu yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai.

f) Informed Consent (Persetujuan Klien)

Ibu hamil harus mendapatkan penjelasan yang jelas dan memberikan persetujuan sebelum tindakan dilakukan.

g) Tidak Bertentangan dengan Asuhan Medis

Metode yang digunakan tidak menghambat, menunda, atau meniadakan tindakan medis yang diperlukan.

h) Berorientasi pada Kenyamanan dan Kesejahteraan

Tujuan utama adalah meningkatkan kenyamanan, relaksasi, dan kualitas hidup ibu hamil.

i) **Evaluasi dan Monitoring**

Respon ibu terhadap asuhan komplementer harus dipantau dan dievaluasi secara berkala.

c. Jenis Asuhan Komplementer pada Ibu Hamil (Lazim)

1. Relaksasi dan Teknik Pernapasan

- a. Napas dalam, guided imagery
- b. Mengurangi kecemasan dan stres

2. Senam Hamil / Yoga Prenatal

- a. Meningkatkan kekuatan otot dan fleksibilitas
- b. Mengurangi nyeri punggung

3. Pijat Hamil

- a. Pijat punggung dan bahu
- b. Mengurangi pegal dan memperbaiki sirkulasi

4. Aromaterapi

- a. Lavender untuk relaksasi
- b. Lemon/jahe untuk mual
- c. Digunakan dengan dosis ringan

5. Akupresur

- a. Titik P6 untuk mual muntah
- b. Titik tertentu untuk nyeri punggung

6. Kompres Hangat

- a. Pada punggung bawah
- b. Mengurangi nyeri otot

7. Terapi Musik

- a. Musik lembut atau murottal
- b. Menenangkan ibu dan janin

8. Terapi Herbal Ringan

- a. Jahe hangat untuk mual
- b. Digunakan secara terbatas dan aman

9. Edukasi Posisi dan Body Mechanics

- a. Tidur miring kiri
- b. Posisi duduk dan berdiri yang benar

10. Dukungan Psikososial

- a. Konseling, kelas ibu hamil
- b. Melibatkan suami dan keluarga

D. PERSALINAN

1. Pengertian

Persalinan adalah serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan atau aterm (37-42 minggu), disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Kurniarum, 2016).

2. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Indrayani dan Moudy (2013), tanda-tanda persalinan yaitu:

a. Terjadinya His Persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar.
- 3) Mempunyai pengaruh terhadap servik.
- 4) Makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.
- 5) Pengeluaran lendir dan darah (blood show).

b. Perubahan Serviks

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan.
- 2) Pembukaan menyebabkan sumbatan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan bercampur darah (bloody show) karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

3. Penyebab Mulainya Persalinan

Menurut Mutmainnah, et al (2017), penyebab mulainya persalinan yaitu:

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon progesteron merupakan hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot rahim, sedangkan hormon estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesteron dan esterogen didalam darah. Progesteron menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus.

Sebaliknya esterogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan. Namun disaat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi estrogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesteron tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.

b. Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor okstosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.

c. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

d. Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi.

e. *Distensi Rahim*

Seiring bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemi otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta kemudian timbullah kontraksi.

f. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus franker hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi.

g. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

a. Faktor Passage (Jalan Lahir)

1) Ukuran Panggul Normal :

- a) Distansia cristarum: jarak antara kedua krista iliaka kanan dan kiri 28 cm.
- b) Distansia spinarum: jarak antara kedua spina iliaka anterior superior 25 cm.
- c) Conjugata vera: dari promontorium ke pinggir atas symphysis ukurannya 11 cm.
- d) Distansia transversum: ukuran terbesar antara linea inominata yaitu 13 cm.
- e) Distansia oblique: dari articulatio sacro iliaca ke tuberculum pubicum ukurannya 12 cm (Mutmainnah, et al, 2017).

2) Bentuk Panggul Normal

Caldwell-Moloy mengemukakan 4 jenis panggul antara lain:

a) Gynecoid

Panggul ini merupakan panggul ideal (normal) perempuan, bentuknya bulat. Diameter anterior posterior sama dengan diameter tranversa.

b) Android

Menyerupai panggul pria, PAP segitiga, diameter tranversa dekat dengan sacrum.

c) Anthropoid

PAP lonjong seperti telur, diameter anteposterior lebih besar dari pada diameter tranversa.

d) Platypelloid

Picak menyerupai arah muka belakang, diameter tranversa lebih besar dari pada diameter anteroposterior (Mutmainnah, et al 2017).

3) Bidang-bidang Hodge

a) Bidang Hodge I: dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.

b) Bidang Hodge II: sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.

c) Bidang Hodge III: sejajar hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.

d) Bidang Hodge IV: sejajar hodge I, II dan III setinggi os coccygis (Ilmiah, 2017).

4) Stasion

Stasion adalah hubungan bagian janin yang terbawah terhadap tinggi spina iskiadika dalam panggul ibu. Stasion dapat berkisar dari -3 sampai +3. Engagement terjadi jika bagian terbawah yang paling menonjol teraba pada tingkat spina iskiadika. Penilaian stasion selalu dengan metode abdominal dan metode panggul untuk menghindari kesalahan yang disebabkan oleh kaput (Mutmainnah, et al 2017).

b. Faktor Power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

1) Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari:

a) His (kontraksi otot uterus)

Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

b) Kontraksi otot-otot dinding perut.

c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.

d) Ketegangan dan *ligmentous action* terutama ligamentum rotundum (Ilmiah, 2017).

2) Perubahan-perubahan akibat his, antara lain:

a) Pada uterus dan serviks

Uterus terasa keras atau padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar dan terbuka.

b) Pada ibu

Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

c) Pada janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (bradikardi) dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis (Ilmiah, 2017).

3) Pembagian his, dibagi menjadi 5, yaitu:

- a) His pendahuluan
- b) His pembukaan (Kala I)
- c) His pengeluaran (His mendedan) (Kala II)
- d) His pelepasan uri (Kala III)
- e) His pengiring (Kala IV)

4) His palsu:

His palsu adalah kontraksi uterus yang tidak efisien atau spasme usus, kandung kencing dan otot-otot dinding perut yang terasa nyeri. His palsu timbul beberapa hari sampai satu bulan sebelum kehamilan cukup bulan. His palsu dapat merugikan yaitu dengan membuat lelah pasien sehingga pada waktu persalinan sungguhan mulai pasien berada dalam kondisi yang jelek, baik fisik maupun mental (Ilmiah, 2017).

c. Faktor Passanger

1) Janin (kepala janin dan ukuran-ukurannya)

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

a) Ukuran-ukuran kepala janin:

(1) Diameter

- (a) Diameter Occipito frontalis 12 cm
- (b) Diameter Mento Occipitalis 13,5 cm
- (c) Diameter Sub Occipito Bregmatika 9,5 cm
- (d) Diameter Biparietalis 9,25 cm
- (e) Diameter Ditemporalis 8 cm

(2) Ukuran Cirkumferensial (Keliling)

- (a) Cirkumferensial fronto occipitalis 34 cm
- (b) Cirkumferensia mento occipitalis 35 cm
- (c) Cirkumferensia sub occipito bregmatika 32 cm

b) Postur janin dalam rahim:

(1) Sikap (Habitus)

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi, di mana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada.

(2) Letak janin

Letak janin adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang di mana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu, ini bisa letak kepala, atau letak sungsang.

(3) Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat dijumpai pada palpasi atau pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, dan lain-lain.

(4) Posisi

Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal pelvis). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang (Ilmiah, 2017).

2) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau passenger yang menyertai janin namun plasenta jarang menghambat pada persalinan normal (Ilmiah, 2017).

3) Air ketuban

Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah rupture atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga disaat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran servik yang terjadi di awal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh (Ilmiah, 2017).

d. Faktor Psikis (Psikologis)

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan.

Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan.

Namun demikian seseorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran (Kurniarum, 2016).

e. Faktor Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Ilmiah, 2017).

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan adalah:

1. Rawat ibu dengan penuh hormat.
2. Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu. Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya. Ingat bahwa mendengar sama pentingnya dengan memberikan nasihat.
3. Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan.
4. Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi.
5. Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum anda melakukannya serta meminta izin dahulu.
6. Selalu mendiskusikan temuan-temuan kepada ibu, serta kepada siapa saja yang ia inginkan untuk berbagi informasi ini.
7. Selalu mendiskusikan rencana dan intervensi serta pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu.
8. Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran dan pasca salin.
9. Mengizinkan ibu menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran.
10. Menghindari penggunaan suatu tindakan medis yang tidak perlu (episiotomi, pencukuran dan enema).
11. Memfasilitasi hubungan dini antara ibu dan bayi baru lahir (Bouding and attachment) (Kurniarum, 2016).

5. Mekanisme Persalinan

Menurut Ilmiah (2017), mekanisme persalinan normal yaitu:

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

- 1) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multigravida biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- 2) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/ posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan/posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan.
- 3) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya.
- 4) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka posisi ini disebut "asynclitismus".
- 5) Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan.
- 6) Acynclitismus anterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang.

- 7) Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitismus posterior ringan. Pada saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan engagement.

b. Majunya Kepala Janin

Majunya kepala disebabkan karena:

- 1) Tekanan cairan intrauterin
- 2) Tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong
- 3) Kekuatan mengejan
- 4) Melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk Rahim

c. Fleksi

- 1) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm).
- 2) Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.
- 3) Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena momement yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi.
- 4) Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan.

- 5) Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.

d. Putaran Paksi Dalam

- 1) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 2) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 3) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.
- 4) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul.
- 5) Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam:
 - a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
 - b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
 - c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

e. Ekstensi

- 1) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah keatas menuju lubang vagina, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.
- 2) Dalam rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan.
- 3) Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum.
- 4) Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak ubun-ubun besar, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.
- 5) Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar.

f. Putaran Paksi Luar

- 1) Setelah kepala lahir, maka kepala bayi memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.

- 2) Gerakan ini disebut putaran restitusi, yaitu perputaran kepala sejauh 45° baik ke arah kiri atau kanan bergantung pada arah dimana mengikuti putaran menuju oksiput anterior.
- 3) Kemudian putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum. Gerakan yang terakhir adalah gerakan paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu, menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PBP.

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan punggung lahir.

6. Partograf

Penggunaan partograf (Mutmainnah, et al, 2017)

a. Definisi partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala 1 persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan, atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Jika digunakan dengan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- 1) Mencatat kemajuan persalinan.
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- 5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

b. Pencatatan selama kala 1 persalinan:

Kala 1 persalinan terdiri dari dua fase yaitu: fase laten (pembukaan serviks kurang dari 4 cm) dan fase aktif (pembukaan 4-10 cm). Pencatatan pada partograf dimulai pada kala I fase aktif yaitu ketika pembukaan jalan lahir 4 cm. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatat dengan seksama mungkin.

- 1) Denyut jantung janin (setiap 30 menit)
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus (setiap 30 menit)
- 3) Nadi (30 menit)
- 4) Pembukaan serviks (4 jam sekali)

- 5) Penurunan bagian terbawah janin (4 jam)
- 6) Tekanan darah dan suhu tubuh (4 jam)
- 7) Produksi urine, aseton, dan protein (2-4 jam)

c. Halaman Depan Partograf

The image shows a blank partogram form. At the top, there is a header section with fields for patient information: 'Nama Ibu', 'No. Catatan Medik', 'Tanggal', 'Waktu', 'Tempat', and 'Dokter'. Below this, there are several large grid areas for recording data. The first grid is for 'Kontak Serviks' (Cervical Contact) with a vertical axis for 'Jarak dari Serviks ke Panggul Kecil' (Distance from Cervix to Pelvic Inlet) ranging from 0 to 10 cm. The second grid is for 'Ketuban' (Amniotic Fluid) with a vertical axis for 'Tinggi Ketuban' (Amniotic Fluid Level) ranging from 0 to 10 cm. The third grid is for 'Tekanan Darah' (Blood Pressure) with a vertical axis for 'Tekanan Darah' (Blood Pressure) ranging from 0 to 160 mmHg. The fourth grid is for 'Suhu Tubuh' (Body Temperature) with a vertical axis for 'Suhu Tubuh' (Body Temperature) ranging from 36 to 41°C. The fifth grid is for 'Pemeriksaan Lainnya' (Other Examinations) with a vertical axis for 'Pemeriksaan Lainnya' (Other Examinations) ranging from 0 to 10 cm. The form is designed for recording data during the active phase of labor.

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil untuk pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

- 1) Informasi tentang Ibu:
 - a) Nama, umur.
 - b) Gravida, Para, Abortus (keguguran).
 - c) Nomor catatan medik/nomor Puskesmas.
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah: tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
- 2) Waktu pecahnya selaput ketuban.

3) Kondisi janin:

- a) DJJ (Denyut Jantung Janin).
- b) Warna dan adanya air ketuban.
- c) Penyusupan (molase) kepala janin.

4) Kemajuan persalinan:

- a) Pembukaan serviks.
- b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin.
- c) Garis waspada dan garis bertindak.

5) Jam dan waktu:

- a) Waktu mulainya fase aktif persalinan.
- b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

6) Kontraksi Uterus:

- a) Frekuensi dan lamanya.

7) Obat-obatan dan cairan yang diberikan:

- a) Oksitosin.
- b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.

8) Kondisi ibu:

- a) Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh.
- b) Urin (volume, aseton, atau protein).

9) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan) (Prawirohardjo, 2016).

d. Lembar Belakang Partograf

KAMUS PERSONAL									
1.	Sejarah								
2.	Kepercayaan								
3.	Teknik mengajar								
4.	Disiplin								
5.	Organisasi								
6.	Kepercayaan								
7.	Kepercayaan								
8.	Kepercayaan								
9.	Kepercayaan								
10.	Kepercayaan								
11.	Kepercayaan								
12.	Kepercayaan								
13.	Kepercayaan								
14.	Kepercayaan								
15.	Kepercayaan								
16.	Kepercayaan								
17.	Kepercayaan								
18.	Kepercayaan								
19.	Kepercayaan								
20.	Kepercayaan								
21.	Kepercayaan								
22.	Kepercayaan								
23.	Kepercayaan								
24.	Kepercayaan								
25.	Kepercayaan								
26.	Kepercayaan								
27.	Kepercayaan								
28.	Kepercayaan								
29.	Kepercayaan								
30.	Kepercayaan								
31.	Kepercayaan								
32.	Kepercayaan								
33.	Kepercayaan								
34.	Kepercayaan								
35.	Kepercayaan								
36.	Kepercayaan								
37.	Kepercayaan								
38.	Kepercayaan								
39.	Kepercayaan								
40.	Kepercayaan								
41.	Kepercayaan								
42.	Kepercayaan								
43.	Kepercayaan								
44.	Kepercayaan								
45.	Kepercayaan								
46.	Kepercayaan								
47.	Kepercayaan								
48.	Kepercayaan								
49.	Kepercayaan								
50.	Kepercayaan								
51.	Kepercayaan								
52.	Kepercayaan								
53.	Kepercayaan								
54.	Kepercayaan								
55.	Kepercayaan								
56.	Kepercayaan								
57.	Kepercayaan								
58.	Kepercayaan								
59.	Kepercayaan								
60.	Kepercayaan								
61.	Kepercayaan								
62.	Kepercayaan								
63.	Kepercayaan								
64.	Kepercayaan								
6									

Halaman belakang partograf, merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatkan asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya pendarahan pasca persalinan).

Selain itu, catatan persalinan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai/memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman (Prawirohardjo, 2016).

7. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Menurut Prawirohardjo (2016), 60 langkah APN yaitu:

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva vagina dan sfingter anal membuka.
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan

seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).

- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin

sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.)

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:

a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai keinginannya (tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang)

d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

e) Menganjurkan keluarga untuk memberi semangat pada ibu.

f) Menganjurkan asupan cairan per oral.

g) Menilai DJJ setiap lima menit.

h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

- i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
 - j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka mulut, hidung dan muka bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
- a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

- b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dan punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari

tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).

- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu - bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit I.M di gluteus atau $\frac{1}{3}$ atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 35) Meletakkan sarung tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi

kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri.
- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.

- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf.

8. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Ilmiah (2017), kebutuhan dasar dalam ibu selama persalinan sesuai dengan konsep Abraham Maslow sebagai berikut :

a. Penentuan kebutuhan fisiologis selama persalinan

- 1) Mengatur sirkulasi udara dalam ruangan.
- 2) Memberi makan dan minum.
- 3) Menganjurkan istirahat diluar his.
- 4) Menjaga kebersihan badan terutama daerah genetalia.
- 5) Menganjurkan ibu untuk buang air kecil atau buang air besar.

6) Menolong persalinan sesuai standar.

b. Pemenuhan kebutuhan rasa aman

- 1) Memberi informasi tentang proses persalinan atas tindakan yang akan dilakukan.
- 2) Menghargai pilihan posisi tidur.
- 3) Menentukan pendampingan selama persalinan.
- 4) Melakukan pemantauan selama persalinan.
- 5) Melakukan tindakan sesuai kebutuhan.

c. Pemenuhan kebutuhan dicintai dan mencintai

- 1) Menghormati pilihan pendampingan selama persalinan.
- 2) Melakukan kontak fisik atau memberi sentuhan ringan.
- 3) Melakukan masase untuk mengurangi rasa sakit.
- 4) Melakukan pembicaraan dengan suara lemah lembut dan sopan.

d. Pemenuhan kebutuhan harga diri

- 1) Mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian atau menjadi pendengar yang baik.
- 2) Memberi asuhan dengan memperhatikan privacy ibu.
- 3) Memberi pelayanan dengan empati.
- 4) Memberitahu pada ibu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- 5) Memberi pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang telah dilakukan.

e. Pemenuhan kebutuhan aktualisasi

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan.
- 2) Menentukan pendamping selama persalinan.
- 3) Melakukan bounding and attachment.
- 4) Memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai.

Asuhan Sayang Ibu sebagai Kebutuhan Dasar dalam Persalinan yaitu:

a. Kala I

Kala 1 adalah kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memberikan dukungan emosional.
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
 - a) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati ibu.
 - b) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - c) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - d) Menyeka wajah ibu dengan lembut dengan menggunakan kain.
 - e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- 5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- 6) Memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi, karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- 7) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan.

8) Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala.

9) Pencegahan infeksi.

Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi, menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir.

b. Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi.

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- 2) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - a) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - b) Melakukan rangsangan taktil.
 - c) Memberikan makanan dan minuman.
 - d) Menjadi teman bicara / pendengar yang baik.
 - e) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran dengan cara:
 - a) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - b) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - c) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.

- 4) Membuat hati ibu merasa tentram selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu
- 5) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- 6) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II
- 7) Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
 - a) Mengurangi perasaan tegang.
 - b) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
 - c) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - d) Menjawab pertanyaan ibu.
 - e) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - f) Memberitahu hasil pemeriksaan.
- 8) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- 9) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

c. Kala III

Kala III dimulai dari keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- 2) Memberitahu setiap tindakan yang dilakukan.
- 3) Pencegahan infeksi pada kala III.

- 4) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- 5) Melakukan kolaborasi / rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- 7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

d. Kala IV

Kala IV adalah kala dimana 2 jam setelah lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan ibu adalah:

- 1) Memastikan TTV, kontraksi, perdarahan dalam keadaan normal.
- 2) Membantu ibu untuk berkemih.
- 3) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
- 4) Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
- 5) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang tanda bahaya post partum
- 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- 7) Pendampingan pada ibu selama kelas kala IV

(Ilmiah, 2017).

9. Tanda Bahaya Pada Saat Persalinan

Bahaya saat persalinan adalah Situasi darurat yang muncul selama proses persalinan dan membutuhkan tindakan segera untuk mencegah komplikasi serius bagi ibu (*Varney's Midwifery*, 2019)

a. Contoh Tanda bahaya pada saat persalinan

1. Perdarahan Vagina Berlebihan

- 1) Pendarahan hebat sebelum, saat, atau sesudah persalinan

- 2) Bisa menandakan plasenta previa, solusio plasenta, atau ruptur uterus
 - 3) Tindakan: segera lapor bidan/dokter.
2. Air Ketuban Pecah Dini / Pecah Ketuban Lama
 - 1) Pecah ketuban sebelum kontraksi persalinan dimulai
 - 2) Jika ketuban pecah >24 jam tanpa persalinan, risiko infeksi tinggi
 3. Kontraksi Tidak Teratur / Lemah
 - 1) Kontraksi terlalu jarang, lemah, atau berhenti tiba-tiba
 - 2) Persalinan tidak progresif → memerlukan intervensi medis
 4. Nyeri Perut Hebat
 - 1) Nyeri tajam, terus-menerus, tidak hilang dengan istirahat
 - 2) Bisa menandakan solusio plasenta, ruptur uterus, atau komplikasi lain
 5. Perubahan Gerakan Janin
 - 1) Janin kurang bergerak atau tidak bergerak sama sekali
 - 2) Menandakan kemungkinan distress janin → segera diperiksa
 6. Tekanan Darah Tinggi atau Gejala Pre-eklampsia
 - 1) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
 - 2) Disertai sakit kepala hebat, penglihatan kabur, mual/muntah, pembengkakan wajah/tangan
 - 3) Risiko: eklampsia
 7. Demam atau Infeksi
 - 1) Suhu $>38^{\circ}\text{C}$ saat persalinan

- 2) Bisa menandakan infeksi intrauterin → perlu penanganan segera
8. Keluarnya Cairan atau Jaringan Abnormal
 - 1) Keluarnya jaringan seperti plasenta atau janin sebelum waktunya
 - 2) Menandakan keguguran atau persalinan prematur
9. Gangguan Pernapasan atau Kesadaran Ibu
 - 1) Sesak napas berat, pusing, pingsan
 - 2) Bisa menandakan komplikasi serius → rawat darurat
10. Asuhan Komplementer pada Ibu Bersalin

Asuhan komplementer pada ibu bersalin meliputi teknik relaksasi, pijat, aromaterapi, dan dukungan psikologis yang membantu mengurangi stres, kecemasan, dan nyeri persalinan, sehingga proses persalinan menjadi lebih lancar. (Varney's Midwifery, 2019)q

b. Manfaat Asuhan Komplementer pada Ibu Bersalin

1. Mengurangi Nyeri Persalinan

Teknik pernapasan, pijat, posisi persalinan, dan hidroterapi terbukti menurunkan persepsi nyeri selama kontraksi (Field, 2014)

2. Menurunkan Kecemasan dan Stres

Relaksasi, aromaterapi, musik, dan hypnobirthing membantu ibu tetap tenang, mengurangi ketakutan, dan meningkatkan rasa aman. (Lowdermilk dkk., 2017)

3. Meningkatkan Relaksasi dan Kenyamanan

Posisi persalinan nyaman, pijat ringan, dan touch therapy meningkatkan kenyamanan ibu dan mendukung proses persalinan lebih lancar.(Varney's Midwifery, 2019)

4. Mendukung Proses Persalinan

Teknik relaksasi dan posisi optimal membantu pembukaan serviks progresif dan mempermudah janin turun ke jalan lahir.(Curtis & Weinrib, 2018.

5. Meningkatkan Bonding Ibu-Bayi

Sentuhan lembut, pijat perineum ringan, atau komunikasi positif dengan janin membantu ibu merasa lebih dekat dengan bayi setelah lahir.(Lowdermilk dkk., 2017)

6. Mengurangi Kelelahan dan Tegangan Otot

Pijat punggung, bahu, dan kaki membantu mengurangi ketegangan otot dan kelelahan selama persalinan lama.(Field, 2014)

7. Meningkatkan Pengalaman Persalinan Positif

Dukungan psikologis, musik, aromaterapi, dan hypnobirthing membuat ibu merasa lebih puas dan percaya diri menghadapi persalinan.(Buckle, 2015; Varney's Midwifery, 2019).

c. Prinsip Asuhan komplementer pada ibu bersalin

1. Keamanan Ibu dan Bayi

- 1) Selalu pastikan metode komplementer aman bagi ibu dan janin

- 2) Hindari intervensi jika ada komplikasi serius (misal pre-eklampsia berat, ruptur uterus, distress janin)

2. Tidak Menggantikan Asuhan Medis

- 1) Asuhan komplementer hanya pendamping, tidak menggantikan tindakan medis yang dibutuhkan
- 2) Contoh: pijat atau bola persalinan dapat membantu nyeri, tapi jika ada perdarahan → tetap harus ditangani medis

3. Disesuaikan dengan Kondisi Ibu

- 1) Pilih metode sesuai fase persalinan, kekuatan kontraksi, kenyamanan, dan preferensi ibu
- 2) Contoh: ibu lemah atau tekanan darah tinggi → hindari bouncing di bola persalinan

4. Pendekatan Individual dan Holistik

- 1) Memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, dan emosional ibu
- 2) Melibatkan dukungan keluarga atau suami untuk menciptakan rasa aman dan nyaman

5. Diberikan oleh Tenaga Terlatih

- 1) Hanya tenaga kesehatan atau yang telah terlatih boleh memberikan asuhan komplementer
- 2) Pastikan teknik dijalankan dengan benar dan aman

6. Berbasis Bukti / Evidence-Based

- 1) Pilih metode yang terbukti efektif melalui penelitian

- 2) Contoh: Pijat, teknik pernapasan, posisi persalinan, aromaterapi, musik

7. Lingkungan Mendukung

1. Ciptakan lingkungan yang tenang, nyaman, dan minim gangguan
2. Memberikan privasi, pencahayaan lembut, dan dukungan psikologis

d. Contoh Asuhan komplementer pada ibu bersalin

No	Jenis Asuhan Komplementer	Contoh Praktik	Tujuan / Manfaat
1	Teknik Relaksasi & Pernapasan	Napas diafragma, guided imagery, napas lambat saat kontraksi	Mengurangi nyeri, menurunkan stres dan kecemasan
2	Pijat / Massage	Pijat punggung, bahu, kaki oleh terapis terlatih	Mengurangi ketegangan otot, meningkatkan sirkulasi, nyaman secara fisik
3	Aromaterapi	Lavender untuk relaksasi, peppermint atau lemon untuk mual	Menenangkan ibu, mengurangi kecemasan dan mual
4	Terapi Musik	Musik lembut, alunan murottal	Membantu relaksasi, menurunkan rasa cemas, meningkatkan mood
5	Posisi Persalinan / Positioning	Semi-fowler, duduk, merangkak, hands-and-knees	Membantu proses persalinan progresif, mengurangi nyeri punggung
6	Hydroterapi / Air Hangat	Mandi air hangat, rendam kaki	Mengurangi nyeri, ketegangan otot, nyaman secara fisik
7	Touch Therapy / Sentuhan Lembut	Sentuhan perut dan punggung selama kontraksi	Meningkatkan bonding ibu-bayi, mengurangi stres
8	Hypnobirthing / Sugesti Positif	Afirmasi, visualisasi kelahiran positif	Mengurangi rasa takut, meningkatkan kontrol diri dan kepercayaan diri
9	Yoga / Peregangan Ringan	Peregangan punggung, kaki, dan bahu	Mengurangi kram, nyeri, dan ketegangan otot

No	Jenis Asuhan Komplementer	Contoh Praktik	Tujuan / Manfaat
10	Game Ball	Duduk, goyang, atau bersandar sesuai kebutuhan ibu	Mengurangi rasa cemas, mempermudah posisi bayi, mendukung kenyamanan fisik dan psikologis ibu
11	Dukungan Psikososial	Konseling, dukungan suami atau keluarga	Menurunkan kecemasan, meningkatkan rasa aman dan kenyamanan ibu

E. BBL (Bayi Baru Lahir)

12. Pengertian

Bayi baru lahir adalah individu yang baru lahir ke dunia, yang memerlukan pemantauan terhadap adaptasi fisiologisnya seperti pernapasan, sirkulasi, suhu tubuh, dan nutrisi (*Varney's Midwifery*, 2019)

Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500 sampai 4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah dan Lia, 2012).

2. Perubahan Fisiologis Bayi Segera Setelah Lahir

Menurut Sembiring (2019) perubahan fisiologis pada BBL yaitu:

a. Sistem Pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi pada waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usia bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli selain karena adanya surfaktan, yang adanya tarikan napas dan pengeluaran napas

dengan merintis sehingga udara bisa bertahan didalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas difrakmatik dan abdominal sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur.

b. Peredaran Darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikalisis lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru-paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter permenit meter persegi. Aliran darah sitolik pada hari pertama adalah rendah yaitu 1,96 liter/menit/meter persegi dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/menit/meter persegi) karena penutupan duktus arteriosus.

c. Suhu Tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya.

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung.

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

3) Radiasi

Panas di pancarkan dan BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang tergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Apabila BBL, dibiarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas.

d. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.

e. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh BBL, mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas.

f. Immunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propia ileum dan apendiks. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpidah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil.

g. Traktus Digestivus

Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa.

h. Hati

Segara setelah lahir hati, menunjukan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen

i. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini.

3. Reflek pada bayi

Refleks neonatal adalah respon otomatis bayi terhadap rangsangan tertentu, yang menunjukkan fungsi sistem saraf pusat normal. Refleks ini biasanya ada sejak lahir dan akan hilang seiring pertumbuhan.

- a. Rooting Reflex (Refleks Pencarian Puting)
- b. Sucking Reflex (Refleks Mengisap)
 - 1) Cara memeriksa: Masukkan jari atau puting ke mulut bayi.
 - 2) Respons normal: Bayi mengisap secara ritmis.
 - 3) Fungsi: Mendukung nutrisi melalui menyusui.
- c. Moro Reflex (Refleks Kejut / Pelukan)
 - 1) Cara memeriksa: Posisi bayi terlentang, turunkan kepala sedikit atau buat suara keras.
 - 2) Respons normal: Tangan dan kaki bayi terbuka, kemudian kembali menekuk seperti memeluk.
 - 3) Fungsi: Refleks pertahanan terhadap rangsangan mendadak.
 - 4) Grasp Reflex (Refleks Genggam)
 - 5) Cara memeriksa: Sentuh telapak tangan atau kaki bayi.

- 6) Respons normal: Jari tangan atau kaki bayi menggenggam.
 - 7) Fungsi: Refleks motorik primitif, menandakan integritas saraf perifer.
- d. Tonic Neck Reflex (Refleks Leher Tonic / Fencing)
- 1) Cara memeriksa: Posisikan kepala bayi ke satu sisi saat terlentang.
 - 2) Respons normal: Lengan di sisi kepala yang diarahkan lurus, lengan sebaliknya menekuk.
 - 3) Fungsi: Membantu koordinasi tangan-mata dan persiapan gerakan.
 - 4) Refleks Lainnya
 - 5) Babinski Reflex: Telapak kaki digosok dari tumit ke jari, jari-jari kaki melebar (normal hingga 1–2 tahun).
 - 6) Cough/Root Reflex: Bayi batuk atau mengeluarkan cairan jika saluran napas teriritasi.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir Normal 2 Jam Pertama (*Golden Hour*)

Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL) adalah serangkaian tindakan dan intervensi keperawatan/kebidanan yang diberikan kepada bayi sejak lahir hingga masa neonatal awal (0–28 hari) dengan tujuan menjamin

adaptasi fisiologis, kesehatan, dan keselamatan bayi, serta mendukung bonding ibu-bayi dan keberhasilan menyusui.

Komponen Asuhan Bayi Baru Lahir :

a. Kontak Kulit-ke-Kulit (Skin-to-Skin Contact)

- 1) Letakkan bayi di dada ibu segera setelah lahir, tanpa dipisahkan.
- 2) Kontak kulit ini membantu menghangatkan bayi secara alami melalui suhu tubuh ibu, sehingga mencegah hipotermia dan menstabilkan fungsi vital bayi

b. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

- 1) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu sendiri serta mulai menyusui.
- 2) IMD sebaiknya dilakukan minimal 60 menit atau lebih, bahkan jika bayi menemukan puting setelah 1 jam.
- 3) Selama IMD, jangan interupsi bayi dengan perawatan lain sampai menyusui atau proses skin-to skin selesai.

c. Pemantauan Fisiologis

Selama kontak kulit dan IMD, bayi harus dipantau secara berkala:

- 1) Posisi dan jalan napas: pastikan mulut & hidung tidak terhalang.
- 2) Warna kulit: merah muda menunjukkan sirkulasi baik.
- 3) Pernapasan: normal, tanpa tarikan dada atau sesak.
- 4) Suhu tubuh: target 36,5–37,5 °C.
- 5) Pemantauan dilakukan setiap 15–30 menit selama 2 jam pertama.

d. Pengkajian segera BBL

Menurut Mutmainnah, et al (2017) Penilaian awal BBL yaitu :

Nilai kondisi bayi

- 1) Apakah bayi menangis kuat/bernapas tanpa kesulitan?
- 2) Apakah bayi bergerak degan aktif?
- 3) Apakah warna kulit bayi merah muda, pucat/biru?

e. Memotong Dan Merawat Tali Pusat

Tali puat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Tali pusat dipotong 3 cm dari dinding perut bayi dengan dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari atau setiap tali basah atau kotor.

- 1) Sebelum memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah di klem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan.
- 2) Alat pengikat tali pusat atau klem, gunting steril harus selalu siap tersedia diambulans, di kamar bersalin, ruang penerima bayi, dan ruang perawatan bayi.
- 3) Pantau kemungkinan terjadinya perdarahan dari tali pusat (Ilmiah, 2017).

f. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Rangsangan hisapan bayi pada puting susu ibu akan di teruskan oleh serabut saraf ke hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin. prolaktinakan mempengaruhi kelenjar asi ini untuk memproduksi ASI di alveoli. Semakin sering bayi mengisap puting susu maka semakin banyak prolaktin dan asi yang di produksi. Penerapan inisiasi menyusu dini (IMD) akan memberikan dampak positif bagi bayi, memberikan

kekebalan pasif yang segera kepada bayi melalui kolostrum, merangsang kontraksi uterus, dan lain sebagainya (Indrayani dan Moudy, 2013).

4. Tanda bahaya BBL

Tanda bahaya bayi baru lahir adalah gejala atau kondisi klinis yang menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan kritis, tidak stabil, atau berisiko mengalami komplikasi serius, sehingga memerlukan penanganan medis segera.

Tabel 2.3 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir (BBL)

Tanda Bahaya	Indikator / Gejala	Penanganan / Tindakan
Masalah Pernapasan	Napas cepat (>60x/menit), sesak, retraksi dada, apnea, sianosis	Posisi nyaman, stimulasi ringan, oksigen jika perlu, monitor saturasi, rujuk ke neonatal jika berat
Gangguan Sirkulasi / Warna Kulit	Pucat, kebiruan, perdarahan dari tali pusat/mulut/hidung	Hangatkan bayi, evaluasi sirkulasi, kompres hangat, panggil tim neonatal, resusitasi jika perlu
Gangguan Aktivitas / Respons	Letargi, tidak aktif, menangis lemah, refleks lemah	Stimulasi, evaluasi neurologis, monitoring vital, tindakan neonatal sesuai protokol
Masalah Menyusu / Nutrisi	Tidak mau menyusu, muntah terus, tidak BAB/BAK dalam 24 jam	Bantu menyusu, evaluasi kemampuan menelan, konsultasi dokter, rujuk jika gagal menyusu
Tanda Infeksi / Suhu	Hipotermia (<36,5°C) / Hipertermia (>37,5°C), tali pusat merah/bengkak/bernana, ruam	Hangatkan, bersihkan tali pusat, pantau suhu, observasi tanda vital, antibiotik jika indikasi, rujuk jika infeksi berat
Gangguan Neurologis	Kejang, tonus abnormal, mata menekuk, pupil tidak reaktif	Stabilkan bayi, pantau vital, rujuk ke neonatal, observasi neurologis, penanganan sesuai protokol

5. Asuhan Komplementger Pada BBL

Asuhan komplementer adalah tindakan tambahan atau pelengkap yang mendukung kesehatan, adaptasi, dan pertumbuhan bayi, bersamaan dengan asuhan standar medis.

a. Manfaat Asuhan Komplementer pada BBL

1. Mendukung Adaptasi Fisiologis

- 1) Menstabilkan suhu tubuh, denyut jantung, dan pernapasan bayi.
- 2) Mengurangi risiko hipotermia dan stres neonatal.

2. Meningkatkan Keberhasilan Menyusui

- 1) IMD dan posisi menyusui yang optimal meningkatkan produksi ASI.
- 2) Bayi belajar menghisap dengan efektif, mendukung nutrisi awal.

3. Memperkuat Bonding & Interaksi Sosial

- 1) Kontak kulit-ke-kulit (skin-to-skin) meningkatkan ikatan emosional bayi dengan ibu.
- 2) Respons terhadap suara, sentuhan, dan rangsangan positif lebih optimal.

4. Mendukung Perkembangan Neurologis & Motorik

- 1) Pijat, stimulasi lembut, dan gerakan pasif mendukung tonus otot, koordinasi, dan refleks neonatal.
- 2) Stimulasi sensorik awal meningkatkan kemampuan adaptasi neurologis.

5. Mencegah Komplikasi dan Deteksi Dini Tanda Bahaya

- 1) Pemantauan tanda vital dan refleks neonatal membantu deteksi dini gangguan pernapasan, sirkulasi, atau nutrisi.
- 2) Edukasi orang tua membuat tanda bahaya lebih cepat dikenali di rumah.

6. Memberikan Kenyamanan dan Ketenangan Bayi

- 1) Stimulasi ringan, musik, dan pijat membuat bayi lebih tenang dan tidur lebih nyenyak.
- 2) Membantu bayi beradaptasi dengan lingkungan luar rahim secara lebih nyaman.

b. Prinsip Asuhan Komplementer pada BBL

1. Keamanan dan Kenyamanan Bayi

- 1) Tindakan harus tidak membahayakan bayi, misal menjaga suhu tubuh, posisi yang aman, dan kebersihan tali pusat.
- 2) Bayi harus nyaman dan tidak stres selama asuhan.

2. Pendekatan Holistik

- 1) Memperhatikan fisiologi, neurologis, nutrisi, dan psikososial bayi.
- 2) Mendukung bonding dengan orang tua dan interaksi awal bayi

3. Promosi Adaptasi Fisiologis

- 1) Membantu bayi menyesuaikan diri dengan lingkungan luar rahim, misal stabilisasi suhu, pernapasan, dan sirkulasi.

- 2) Mendukung refleks dasar dan kemampuan menyusu.

4. Pemberdayaan Orang Tua

- 1) Edukasi orang tua tentang perawatan bayi, tanda bahaya, dan teknik menyusu.
- 2) Melibatkan orang tua dalam kontak kulit-ke-kulit, pijat bayi, dan stimulasi sensorik.

5. Deteksi Dini Masalah Kesehatan

- 1) Pemantauan tanda vital dan refleks neonatal untuk mendeteksi gangguan pernapasan, sirkulasi, atau nutrisi.
- 2) Intervensi dilakukan segera jika muncul tanda bahaya.

6. Integrasi dengan Asuhan Standar

- 1) Asuhan komplementer tidak menggantikan asuhan medis, tapi melengkapi tindakan rutin neonatal.
- 2) Dilakukan bersamaan dengan Golden Hour (2 jam pertama setelah lahir) dan observasi rutin.

c. Jenis Asuhan Komplementer pada BBL

Tabel 2.4 Asuhan Komplementger pada BBL

Tindakan Komplementer	Tujuan / Manfaat	Cara Pelaksanaan / Catatan
Kangaroo Mother Care (KMC)	Menjaga suhu bayi, menstabilkan napas &	Bayi telanjang diletakkan di dada ibu, ditutup dengan

Tindakan Komplementer	Tujuan / Manfaat	Cara Pelaksanaan / Catatan
	jantung, memperkuat bonding	selimut, dilakukan berulang setiap hari
Pijat refleks & stimulasi sensorik	Mendukung sirkulasi, relaksasi otot, stimulasi sensorik, meningkatkan kualitas tidur	Lakukan pijat lembut pada tangan, kaki, dan tubuh bayi 5–10 menit, gunakan gerakan lembut dan hati-hati
Stimulasi posisi & gerakan bayi	Mendukung perkembangan motorik, koordinasi tangan-mata	Baringkan bayi dalam posisi aman, gerakkan tangan/kaki bayi secara lembut
Musik atau suara ibu	Menenangkan bayi, meningkatkan respons neurologis	Putar musik lembut atau ajak bicara bayi saat tenang
Pendokumentasian dan edukasi orang tua	Memberdayakan orang tua, meningkatkan kesiapan perawatan di rumah	Ajarkan tanda bahaya, teknik menyusui, pijat bayi, stimulasi sensorik

6. Kunjungan Neonatus

Menurut Permenkes RI Nomor 4 (2019) Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode (0-28) hari setelah lahir sesuai standar kuantitas dan kualitas.

Standar kuantitas minimal 3 kali kunjungan selama periode neonatal yaitu:

- a. Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6 - 48 jam
- b. Kunjungan Neonatal 2 (KN2) 3 - 7 hari
- c. Kunjungan Neonatal 3 (KN3) 8 - 28 hari

Standar kualitas meliputi:

- i. Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam) terdiri dari:

- 1) Pemotongan dan perawatan tali pusat.

- 2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- 3) Injeksi vitamin K1 dan pemberian salep/tetes mata antibiotik.
- 4) Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0).

ii. Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam – 28 hari):

- 1) Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif.
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik, serta perawatan tali pusat.
- 3) Pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasilitas pelayanan kesehatan atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1.
- 4) Imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan.
- 5) Penanganan dan rujukan kasus neonatal komplikasi.

F. NIFAS

1. Pengertian

Masa nifas (puerperium) masa setelah keluarnya plasenta sampai pemulihan kembali alat-alat reproduksi seperti keadaan semula sebelum hamil yang berlangsung 6 minggu (40 hari) (Mansyur, 2014).

2. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Menurut Mansyur (2014), perubahan fisiologi pada masa nifas yaitu:

a. Sistem Reproduksi

- 1) Uterus
 - a) Pengerutan (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba TFUnya (tinggi fundus uteri)

- (1) Pada saat bayi baru lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- (2) Pada akhir kala 3, TFU teraba 2 jari di bawah pusat.
- (3) Satu minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- (4) 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
- (5) 6 minggu post partum fundus uteri mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.
- (6) 8 minggu post partum fundus uteri sebesar normal dengan berat 30 gram.

b) Lochia

Lochia ekskresi cairan selama masa nifas. Lochia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus.

Lochia dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

- (1) Lochia Rubra/Merah

Keluar pada hari pertama sampai hari keempat masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding, lemak bayi, lanugo (rambut bayi).

(2) Lochia Sanguinolenta

Berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari keempat sampai hari ketujuh post partum.

(3) Lochia Serosa

Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke 7 sampai hari ke 14.

(4) Lochia Alba/Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput serviks, dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lochia yang menetap pada awal-awal post partum menunjukkan adanya pendarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lochia alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “Lochia Purulenta”. Pengeluaran Lochia yang tidak lancar disebut dengan “Lochia Stasis”.

c) Laktasi

Laktasi dapat diartikan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya, dan bagi si anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya. Hal ini merupakan yang penting bagi perkembangan anak selanjutnya.

2) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir, disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara corpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

3) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

4) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

b. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami keadaan konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh.

Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

c. Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil. Hal ini disebabkan terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami konpresi (tekanan) antara kepala, janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

d. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Sistem Endokrin

1) Hormon plasenta

Hormone plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap

sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum dan sebagai konsep pemulihan mammae pada hari ke 3 postpartum.

2) Hormon pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FFH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik pituitary ovarium

Untuk yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesterone.

f. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) Suhu Badan

Satu hari postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

3) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsia postpartum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

g. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterin. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis terjadi, yang secara cepat mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi.

h. Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah.

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum.

1. Kebutuhan pada Masa Nifas

Menurut Mansyur (2014) Kebutuhan pada masa nifas yaitu:

a. Kebutuhan Gizi pada Ibu Menyusui

Nutrisi atau gizi zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama pada ibu menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses pemulihan dan memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan yang sebesar 800 kkal yang digunakan untuk produksi ASI dan untuk aktifitas sendiri.

b. Ambulasi Dini (Early Ambulation)

Adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan.

Keuntungan ambulasi dini antara lain:

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat, lebih kuat
- 2) Kandung kemih lebih baik
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.

Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melaksanakan observasi perkembangan pasien dari jam demi jam sampai hitungan hari.

c. Eliminasi

- i. Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan:

- Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien.
- Mengompres air hangat diatas symphysis.

ii. Defikasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diet teratur.

d. Kebersihan Diri

Beberapa penting dalam perawatan kebersihan diri ibu post partum :

- 1) Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu yang kotor karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi.
- 2) Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- 3) Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ia selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- 5) Jika mempunyai luka, hindari untuk menyentuh daerah luka.

e. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Kurang istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa kerugian misalnya:

- b. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- c. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- d. Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

f. Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah melahirkan. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Senam Nifas

Banyak diantara senam post partum sebenarnya sama dengan senam antenatal. Hal yang paling penting bagi ibu agar senam-senam tersebut hendaknya dilakukan secara perlahan dahulu lalu semakin lama semakin sering/kuat.

Senam yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul senam kegel. Senam kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergatian pada otot-otot dasar panggul.

1. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Reva Rubin (1997) dalam Ari Sulistyawati (2009) membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

a. Taking In (istirahat/penghargaan)

Sebagai suatu masa ketergantungan dengan ciri-ciri ibu membutuhkan tidur yang cukup, nafsu makan meningkat, menceritakan pengalaman partusnya berulang-ulang dan bersikap sebagai penerima, menunggu apa yang disarankan dan apa yang diberikan. Disebut fase taking in, karena selama waktu ini, ibu yang baru melahirkan memerlukan perlindungan dan perawatan, 99anja perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pada fase ini ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan karena kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur. Di samping itu, kondisi tersebut perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

b. Fase Taking On/Taking Hold (dibantu tetapi dilatih)

Terjadi hari ke 3 -10 post partum. Terlihat sebagai suatu usaha terhadap pelepasan diri dengan ciri-ciri bertindak sebagai pengatur penggerak untuk bekerja, kecemasan makin menguat, perubahan mood mulai terjadi dan sudah mengerjakan tugas keibuan. Pada fase ini timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri. Ibu mulai terbuka untuk menerima bagi dirinya dan juga bagi bayinya. Pada fase ini ibu berespon dengan penuh semangat untuk

memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung.

c. Fase Letting Go (berjalan sendiri dilingkungannya)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung setelah 10 hari postpartum. Periode ini biasanya setelah pulang kerumah dan sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Pada saat ini ibu mengambil tugas dan tanggung jawab terhadap perawatan bayi sehingga ia harus beradaptasi terhadap kebutuhan bayi yang menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan.

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Mansyur (2014), tahapan masa nifas terbagi menjadi:

a. Puerperium dini (Immediate post partum periode)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Masa ini sering terdapat banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran, tekanan darah dan suhu.

b. Puerperium intermedial (Early post partum periode)

Masa 24 jam setelah melahirkan sampai dengan 7 hari (1 minggu). Periode ini bidan memastikan bahwa involusio uterus berjalan normal,

tidak ada perdarahan abnormal dan tidak terlalu busuk, ibu tidak demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan, menyusui dengan baik, melakukan perawatan ibu dan bayinya sehari-hari.

c. Remote Puerperium (Late post partum periode)

Masa 1 minggu sampai 6 minggu sesudah melahirkan. Periode ini bidan tetap melanjutkan pemeriksaan dan perawatan sehari-hari serta memberikan konseling KB.

3. TANDA BAHAYA MASA NIFAS

Merupakan gejala atau kondisi yang muncul pada ibu selama 6 minggu setelah persalinan yang menunjukkan adanya komplikasi serius atau ancaman terhadap ibu, sehingga memerlukan penanganan medis segera. Tanda bahaya tersebut diantaranya :

d. Perdarahan (Postpartum Hemorrhage)

- 1) Indikator: Pendarahan lebih banyak dari menstruasi normal, menggumpal besar, saturasi Hb menurun, pucat, pusing, lemah.
- 2) Tindakan: Segera tekan uterus (fundus uteri), berikan obat kontraksi, cairan intravena, dan rujuk jika perdarahan tidak berhenti.

e. Demam / Infeksi

- 1) Indikator: Suhu $\geq 38^{\circ}\text{C}$, nyeri perut bawah, keluarnya bau tidak sedap dari lochia, nyeri tekan, menggigil.
- 2) Tindakan: Evaluasi sumber infeksi, saluran kemih, luka SC, berikan sesuai rawat di fasilitas.

f. Nyeri Perut / Perut Kencang

- 1) Indikator: Nyeri hebat tidak hilang dengan \, perut keras, perdarahan tidak normal.
- 2) Tindakan: Evaluasi kemungkinan subinvolusi uterus, infeksi, retensi plasenta, atau komplikasi lain; \ medis segera.

g. Gangguan Urin / Buang Air

- 1) Indikator: Tidak bisa buang air kecil, nyeri saat berkemih, darah dalam urin, inkontinensia.
- 2) Tindakan: Evaluasi saluran kemih, berikan kateter bila perlu, rawat sesuai.

h. Nyeri / Bengkak pada Kaki / Sesak Napas

- 1) Indikator: Bengkak, nyeri tungkai, kemerahan, panas, sesak napas mendadak.
- 2) Tindakan: Evaluasi kemungkinan emboli paru, rujuk segera, jangan menunda.

i. Tanda-tanda Psikologis / Emosional

- 1) Indikator: Perubahan mood ekstrem, kesulitan mengurus bayi, pikiran bunuh diri.
- 2) Tindakan: Konseling psikologis/psikiatri, dukungan keluarga, tindak lanjut di fasilitas.

4. Kunjungan Nifas

Tabel 2.5 Kunjungan Nifas

Kunjungan I (KF 1) 6 jam s/d 3 hari pasca salin	Kunjungan II (KF 2) hari ke 3 s/d 7 hari pasca salin	Kunjungan III (KF 3) hari ke 8 s/d 28 hari pasca salin	Kunjungan IV (KF 4) hari ke 29 s/d 42 hari pasca salin
1) Memastikan involusi uterus. 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tanda-tanda infeksi. 5) Bagaimana perawatan bayi	A. Bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi. B. Kondisi payudara. C. Ketidaknyamanan yang dirasakan ibu. D. Istirahat ibu	1) Bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi. 2) Kondisi payudara. 3) Ketidakhnyamanan yang dirasakan ibu. 4) Istirahat ibu	A. Permulaan hubungan seksual. B. Metode KB yang digunakan. C. Latihan pengencangan otot perut. D. Fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya. E. Hubungan bidan, dokter, dan RS dengan masalah yang ada. • Menanyakan pada ibu apa sudah haid.

Sumber : Kemenkes RI (2016)

a) Tujuan Asuhan pada Masa Nifas

Menurut Mansyur (2014), asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Tujuan asuhan masa nifas dibagi 2 yaitu:

a. Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

b. Tujuan Khusus

- 1) Menjaga ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- 3) Memberikan tenaga perawatan diri, nutrisi, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat dan memberikan pelayanan KB.

5. Pelayanan komplementer pada masa nifas

Pelayanan komplementer masa nifas tambahan atau pelengkap pada ibu pasca persalinan yang bertujuan mendukung adaptasi fisiologis, pemulihan, pencegahan komplikasi, dan pemberdayaan ibu. Tindakan ini dilakukan bersamaan dengan asuhan medis standar.

a. Manfaat

1. Mendukung Pemulihan Fisiologis
 - a) Membantu involusi uterus dan pengendalian perdarahan
 - b) Mempercepat pemulihan luka SC.
 - c) Menjaga stabilitas tanda vital ibu (tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh).
2. Meningkatkan Produksi dan Keberhasilan Menyusu
 - a) Konseling ASI, stimulasi payudara, dan kontak kulit-ke-kulit memperkuat produksi ASI.
 - b) Memastikan bayi menyusu dengan efektif, mendukung pertumbuhan bayi.
3. Mencegah Komplikasi Postpartum

- a) Pemantauan tanda bahaya (perdarahan, demam, sesak napas, nyeri ekstrem).
 - b) Edukasi ibu dan keluarga tentang tanda bahaya untuk deteksi dini komplikasi.
4. Mendukung Kesehatan Psikologis dan Bonding
- a) Konseling psikologis mencegah depresi postpartum.
 - b) Stimulasi bonding ibu-bayi meningkatkan interaksi emosional dan adaptasi bayi.
5. Meningkatkan Kenyamanan dan Kualitas Hidup
- a) Pijat relaksasi, ringan, dan non-farmakologis mengurangi nyeri.
 - b) Memberikan ibu rasa aman, percaya diri, dan mandiri dalam merawat diri dan bayi.
6. Memberdayakan Ibu dan Keluarga
- a) Edukasi dan pelatihan praktis meningkatkan kemampuan merawat bayi, menyusui, dan mengenali tanda bahaya.
 - b) Keterlibatan keluarga mendukung perawatan ibu dan bayi secara berkelanjutan

Tabel 2.6 Asuhan Komplementer Masa Nifas

No	Jenis Asuhan Komplementer	Tujuan	Contoh Tindakan	Manfaat
1	Asuhan Fisik / Pemulihan Tubuh	Mendukung pemulihan fisiologis pasca persalinan	Pijat ringan, senam postpartum, perawatan luka SC, pemantauan tanda vital dan involusi uterus	Mempercepat pemulihan, mencegah komplikasi, meningkatkan kenyamanan ibu

No	Jenis Asuhan Komplementer	Tujuan	Contoh Tindakan	Manfaat
2	Asuhan Nutrisi dan Laktasi	Mendukung energi ibu dan produksi ASI	Konseling gizi seimbang, edukasi makanan pendukung ASI, stimulasi payudara, pantau frekuensi menyusui bayi	Meningkatkan produksi ASI, mempercepat pemulihan energi, memastikan nutrisi bayi terpenuhi
3	Asuhan Psikososial / Emosional	Menjaga mental dan bonding ibu-bayi	Konseling psikologis, dukungan keluarga, stimulasi kontak kulit-ke-kulit, manajemen stres	Mengurangi risiko depresi postpartum, memperkuat ikatan ibu-bayi, meningkatkan kualitas tidur dan kenyamanan ibu
4	Asuhan Pencegahan Komplikasi	Mendeteksi dini masalah pasca persalinan	Pemantauan perdarahan, demam, nyeri ekstrem, sesak napas; edukasi tanda bahaya; rujukan cepat bila diperlukan	Mencegah komplikasi serius seperti perdarahan, infeksi, atau deteksi dini tanda bahaya
5	Asuhan Edukasi dan Pemberdayaan	Memberikan keterampilan perawatan diri dan bayi	Edukasi menyusui, stimulasi bayi, perawatan tali pusat, pelatihan keluarga mendukung ibu	Meningkatkan kemandirian ibu, kemampuan merawat bayi dengan benar, mendukung ibu dan bayi

G. KB (Keluarga Berencana)

1. Pengertian

Keluarga Berencana dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur

kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

2. Fase Dalam ber-KB

a. Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

b. Fase mengatur menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 - 4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3 - 4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

c. Fase mengakhiri kesuburan tidak hamil lagi

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan

kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontak, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB

3. Langkah-Langkah Pelayanan KB dan Kontrasepsi

a. Pra Pelayanan

1) Komunikasi, Informasi dan Edukasi

Tujuannya untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.

KIE dapat dilakukan melalui pertemuan, kunjungan rumah dengan menggunakan/memanfaatkan media antara lain media cetak, media sosial, media elektronik, Mobil Unit Penerangan (MUPEN), dan Public Service Announcement (PSA).

Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya local

2) Konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai informed choice.

Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) merupakan alat penunjang dalam pemberian konseling KB. Penggunaan ABPK dalam konseling KB bertujuan untuk mendorong klien untuk terlibat dalam pengambilan keputusan KB, membantu penyedia layanan untuk memberikan informasi KB yang berkualitas, dan mengoptimalkan interaksi yang positif antara penyedia layanan dengan klien. Selain itu, ABPK memungkinkan konseling berjalan lebih terarah, konselor tidak mendominasi konseling dan membuat waktu lebih efektif.

ABPK berbentuk lembar balik dua sisi, di mana satu sisi menampilkan gambar dan informasi dasar untuk klien, sedangkan sisi lainnya menampilkan informasi teknis yang lebih terperinci untuk penyedia layanan. Dalam membantu klien mengambil keputusan ber-KB, penyedia layanan perlu memperhatikan hal-hal berikut ini.

1. Klien adalah pengambil keputusan
2. Penyedia layanan membantu klien dalam menimbang berbagai informasi mengenai KB
3. Penyedia layanan harus menghargai keinginan klien
4. Penyedia layanan harus tahu langkah yang perlu diambil berikutnya untuk dapat memberikan saran dan informasi yang tepat bagi klien

Konseling dengan menggunakan ABPK mengacu pada prinsip SATU TUJU, yaitu Sapa dan Salam, Tanyakan, Uraikan, Bantu, Jelaskan, dan Kunjungan Ulang. Teknik ini harus dilakukan secara berurutan dan sesuai dengan kebutuhan klien

3) Penapisan

Penapisan KB adalah proses pemeriksaan awal untuk menilai kondisi kesehatan dan kebutuhan calon peserta KB, sehingga metode kontrasepsi yang diberikan aman, efektif, dan sesuai dengan kondisi medis ibu/pasangan.

Langkah-Langkah Penapisan KB

1. Riwayat Medis dan Reproduksi

- a. Pemeriksaan riwayat kesehatan (penyakit jantung, hipertensi, diabetes, trombosis).
- b. Riwayat kehamilan dan persalinan.
- c. Riwayat alergi atau reaksi obat.

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Tekanan darah, berat badan, dan tinggi badan.
- b. Pemeriksaan payudara dan panggul (jika perlu)

3. Konseling dan Edukasi

- a. Menjelaskan pilihan metode KB (pil, suntik, IUD, implant, kondom, metode alami, steril).
- b. Menyampaikan efikasi, keuntungan, risiko, dan efek samping setiap metode.

4. Screening Kontraindikasi

Menilai kondisi yang menjadi kontraindikasi penggunaan metode tertentu, misalnya:

- a) Pil KB kombinasi: tidak untuk ibu dengan hipertensi berat atau riwayat trombosis.

- b) Suntik KB: hati-hati pada gangguan hati berat.
- c) IUD: hindari jika ada infeksi genital aktif.

5. **Pemilihan Metode Sesuai Kondisi**

Berdasarkan hasil penapisan, tenaga kesehatan memberikan metode KB yang paling aman dan sesuai kebutuhan pasangan

b. Pelayanan Kontrasepsi

Menurut waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

- a. Masa interval
Yaitu pelayanan kontrasepsi yang dilakukan selain pada masa pasca persalinan dan pasca keguguran
- b. Pasca persalinan,
Yaitu pada 0 - 42 hari sesudah melahirkan
- c. Pasca keguguran,
Yaitu pada 0 - 14 hari sesudah keguguran
- d. Pelayanan kontrasepsi darurat,
Yaitu dalam 3 hari sampai dengan 5 hari pascasenggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten.

Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).

c. Pasca Pelayanan

Konseling pasca pelayananan dari tiap metode kontrasepsi sangat dibutuhkan. Konseling ini bertujuan agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya.

4. Metode Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah alat atau cara yang digunakan untuk mencegah kehamilan, baik sementara maupun permanen, sebagai bagian dari program Keluarga Berencana untuk mencapai keluarga kecil, bahagia, dan Sejahtera (BKKBN)

Berikut pembagian Metode Kontrasepsi :

No	Metode	Kandungan		Masa Perlindungan		Modern/ Tradisional	
		Hormonal	Non Hormonal	MKJP	Non MKJP	Modern	Tradisional
1	AKDR Cu		√	√		√	
2	AKDR LNG	√		√		√	
3	Implan	√		√		√	
4	Suntik	√			√	√	
5	Pil	√			√	√	
6	Kondom		√		√	√	
7	MOW		√	√		√	
8	MOP		√	√		√	
9	MAL		√		√	√	

10	Sadar Masa Subur		√		√		√
11	Senggama Terputus		√		√		√

5. Jenis Metode Kontrasepsi

I. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

1. AKDR Copper

a. Pengertian

AKDR Copper adalah suatu rangka plastik yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat Copper (tembaga) di sekitarnya.

b. Jenis

AKDR Cu T 380 A merupakan AKDR yang disediakan oleh Pemerintah (Program) AKDR Nova T 380 tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri



Gambar 2.5 Gambar AKDR Cu T 380 A dan AKDR Nova T 380

c. Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma

d. Jangka waktu pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.

e. Batas usia pemakai

Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.

f. Efektivitas:

Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

g. Kembalinya kesuburan

Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas.

h. Keuntungan

- 1) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama
- 2) Efektif segera setelah pemasangan
- 3) Berjangka Panjang, Studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 10 tahun penggunaan.
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 7) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.

i. Keterbatasan

- 1) Pemasangannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada rahim perempuan melalui vagina dan serviks. Seringkali klien takut selama pemasangan
- 2) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)
- 3) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- 4) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
- 5) AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui
- 6) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina (sebagian perempuan tidak mau melakukan ini).

j. Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menggunakan AKDR Copper AKDR aman dan efektif bagi hampir semua perempuan, termasuk perempuan yang:

- 1) Telah atau belum memiliki anak
- 2) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- 3) Baru saja mengalami keguguran (jika tidak ada bukti terjadi infeksi)
- 4) Sedang menyusui
- 5) Melakukan pekerjaan fisik yang berat
- 6) Pernah mengalami kehamilan ektopik
- 7) Pernah mengalami Penyakit Radang Panggul (PRP)
- 8) Menderita infeksi vagina
- 9) Menderita anemia

10) Menderita penyakit klinis HIV ringan atau tanpa gejala baik sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral

k. Yang tidak boleh menggunakan AKDR Copper

Biasanya, perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan AKDR- Copper:

- 1) Antara 48 jam dan 4 minggu pasca persalinan
- 2) Penyakit trofoblas gestasional nonkanker (jinak)
- 3) Menderita kanker ovarium
- 4) Memiliki risiko individual sangat tinggi untuk IMS pada saat pemasangan
- 5) Mengidap penyakit klinis HIV berat atau lanjut
- 6) Menderita systemic lupus erythematosus dengan trombositopenia berat

l. Waktu pemasangan AKDR Copper

KONDISI KLIEN	WAKTU PEMASANGAN AKDR COPPER
Menstruasi teratur	Kapan saja pada bulan tersebut a. Jika mulai dalam 12 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika mulai lebih dari 12 hari setelah permulaan menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
Berganti dari metode lain	a. Segera, jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika sudah yakin tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi

	berikutnya. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika berganti dari suntik, AKDR dapat dipasang saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.
Segera setelah melahirkan (tanpa memandang status menyusui)	a. Kapanpun dalam 48 jam setelah melahirkan, termasuk persalinan sesar. (Penyedia layanan memerlukan pelatihan khusus untuk pemasangan paskapersalinan dengan tangan atau dengan forsep.) b. Jika lebih dari 48 jam, tunda hingga setidaknya 4 minggu setelah melahirkan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika AKDR tidak dipasang dalam 48 jam pertama setelah melahirkan dan menstruasi klien belum muncul kembali, AKDR dapat dipasang kapan saja antara 4 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada perempuan yang memiliki siklus menstruasi
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada perempuan yang memiliki siklus menstruasi
ASI tidak eksklusif atau tidak menyusui	a. Jika belum menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja sepanjang dapat dipastikan bahwa

Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	klien tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti saran yang dianjurkan pada perempuan yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Kapan saja jika dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.
Tidak menstruasi setelah keguguran atau aborsi	a. Segera, jika AKDR dipasang dalam 12 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan jika tidak terjadi infeksi. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika lebih dari 12 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan tidak terjadi infeksi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. c. Jika terjadi infeksi, obati atau rujuk dan bantu klien memilih metode lain. Jika klien tetap ingin menggunakan AKDR, AKDR tersebut dapat dipasang setelah infeksi sembuh sempurna. d. Pemasangan AKDR setelah keguguran atau aborsi trimester 2 membutuhkan pelatihan khusus. Jika tidak terlatih secara khusus, tunda pemasangan hingga setidaknya 4 minggu pasca keguguran atau aborsi.
Setelah menggunakan Pil	a. AKDR dapat dipasang pada hari yang sama dengan hari minum PKD (PKD progestin,

Kontrasepsi Darurat (PKD)	kombinasi, atau ulipristal acetate). Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika tidak dipasang segera, namun klien kembali untuk pemasangan AKDR, AKDR dapat dipasang kapan saja sepanjang dapat ditegaskan bahwa klien tidak hamil
Untuk kontrasepsi darurat	a. Dalam 5 hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman. b. Bila waktu ovulasi dapat diperkirakan, AKDR dapat dipasang sampai dengan 5 hari setelah ovulasi. Terkadang lebih dari 5 hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman.

Tabel 2.2 Waktu Pemasangan AKDR Copper

2. AKDR Levonorgestrel (AKDR-LNG)

a. Pengertian

AKDR LNG adalah suatu alat berbahan plastik berbentuk T yang secara terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon progestin (levonorgestrel) setiap hari.

AKDR Levonorgestrel tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri

b. Cara kerja

Menghambat sperma membuahi sel telur telur.

c. Jangka waktu pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang, efektif untuk pemakaian 5 tahun dan bersifat reversibel.

d. Batas usia pemakai

Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.

e. Keuntungan

- 1) Mencegah Kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR-LNG selama tahun pertama (2 per 1.000 perempuan)
- 2) Berjangka Panjang
- 3) Studi menunjukkan bahwa AKDR LNG efektif hingga 7 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 5 tahun penggunaan.
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 6) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas
- 7) Mengurangi nyeri haid
- 8) Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi
- 9) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomiosis

f. Keterbatasan

- 1) Pemasangan dan pencabutan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada uterus.
- 2) Mahal

g. Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menggunakan AKDR-LNG

aman dan efektif untuk hampir semua perempuan, termasuk perempuan yang:

- 1) Telah atau belum memiliki anak
- 2) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berumur lebih dari 40 tahun
- 3) Baru saja mengalami keguguran (jika tidak ada bukti terjadi infeksi)
- 4) Sedang menyusui
- 5) Melakukan pekerjaan fisik yang berat
- 6) Pernah mengalami kehamilan ektopik
- 7) Pernah mengalami penyakit radang panggul (PRP)
- 8) Menderita infeksi vagina
- 9) Menderita anemia
- 10) Menderita penyakit klinis HIV ringan atau tanpa gejala baik dengan atau tanpa pengobatan antiretroviral

Yang tidak boleh menggunakan

Biasanya, perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan AKDR- LNG:

- 1) Antara 48 jam dan 4 minggu pasca persalinan
- 2) Penggumpalan darah vena dalam di kaki atau paru akut
- 3) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak muncul kembali
- 4) Sirosis berat atau tumor hepar berat
- 5) Penyakit trofoblas gestasional nonkanker (jinak)
- 6) Menderita kanker ovarium

- 7) Memiliki risiko individual sangat tinggi untuk IMS pada saat pemasangan
- 8) Mengidap penyakit klinis HIV berat atau lanjut
- 9) Menderita systemic lupus erythematosus dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui), dan tidak dalam terapi imunosupresif.

h. Waktu pemasangan

Seorang perempuan dapat menjalani pemasangan AKDR LNG kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

KONDISI KLIEN	WAKTU PEMASANGAN AKDR LNG
Segera setelah melahirkan (tanpa memandang status menyusui)	1. Kapanpun dalam 48 jam setelah melahirkan 2. Jika lebih dari 48 jam, tunda hingga setidaknya 4 minggu setelah melahirkan
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	Kapan saja pada bulan tersebut 1. Jika mulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 2. Jika mulai lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi, AKDR LNG dapat dipasang kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pasca

	pemasangan
Berganti dari metode Hormonal	1. Segera, jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika yakin klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. 2. Jika klien memulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 3. Jika lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi, klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. 4. Jika klien berganti dari suntik, AKDRLNG dapat dipasang ketika suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	1. Jika AKDR-LNG tidak dipasang dalam 48 jam pertama pasca persalinan dan menstruasi klien belum muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang kapanpun antara 4 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 2. Jika menstruasi klien telah muncul kembali,

	AKDR-LNG dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	1. Jika menstruasi klien belum muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. 2. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi
ASI tidak eksklusif atau tidak menyusui kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Jika AKDR-LNG tidak dipasang dalam 48 jam pertama pasca persalinan, tunda hingga setidaknya 4 minggu pasca persalinan
ASI tidak eksklusif atau tidak menyusui Lebih dari 4	1. Jika menstruasi belum muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang kapanpun sepanjang dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil. Klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan

minggu setelah melahirkan	untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. 2. Jika menstruasi telah muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Kapan saja jika dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil dan perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan
Setelah keguguran atau aborsi	1. Segera, jika AKDR-LNG dipasang dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan jika tidak terjadi infeksi. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 2. Jika lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan tidak terjadi infeksi, AKDR-LNG dapat dipasang kapanpun selama yakin ia tidak hamil. Klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. 3. Jika terjadi infeksi, obati atau rujuk dan bantu klien memilih metode lain. Jika klien tetap ingin

	menggunakan AKDRLNG, AKDR tersebut dapat dipasang setelah infeksi bersih sempurna. 4. Pemasangan AKDR-LNG setelah keguguran atau aborsi trimester 2 membutuhkan pelatihan khusus. Jika tidak terlatih secara khusus, tunda pemasangan hingga setidaknya 4 minggu pasca keguguran atau abortus
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) progestin, kombinasi atau Ulipristal acetate (UPA)	1. Dapat dipasang sepanjang dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil, misal setelah menstruasi berikutnya mulai. Berikan metode kontrasepsi tambahan atau pil untuk digunakan sampai dengan AKDR dipasang. 2. AKDR-LNG seharusnya tidak dipasang dalam 6 hari pertama setelah minum PKD UPA. Obat-obat ini berinteraksi: jika AKDR-LNG dipasang lebih awal, dan keduanya ada di dalam tubuh, akibatnya satu atau keduanya mungkin menjadi kurang efektif

Tabel 2.3 Tabel waktu Pemasangan AKDR LNG

II. IMPLAN

1. Pengertian

Implan merupakan plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh perempuan.

2. Jenis implan

a. Norplant

Terdiri dari kapsul secara total bermuatan 216 mg levonogestrel. Panjang kapsulnya adalah 34 mm dengan diamtere 2,4 mm. kapsul terbuat dari bahan silastik medik (polydimethylsiloxane) yang fleksibel dimana kedua ujungnya ditutup dengan penyumbat sintetik yang tidak mengganggu kesehatan klien. Enam kapsul dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas. Produksi Norplant sudah dihentikan sejak tahun 2008.

b. Jadelle (Norplant II)

Digunakan di banyak negara (Eropa, Asia dan Afrika). Implan 2 Eropa dikenal dengan Implan-II dan kemudian dipasarkan dengan nama Jadelle (Schering Berlin)

Implan-2 yang sama juga diproduksi di China dengan nama sinoplan II. Implan 2 memakai levonogestrel 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. pelepasan harian hormon levonogestrel dari implan 2 hampir sama dengan Norplant dan secara teoritis masa kerjanya menjadi 40% lebih singkat. Efek samping Norplant dan Implan 2 sama dan direkomendasikan untuk penggunaan 5 tahun. Implan-2 merupakan jenis yang digunakan di seluruh dunia saat ini

c. Implanon

Adalah Kontrasepsi subdermal kapsul Tunggal yang mengandung etonogestrel (30 ketodesogestrel), merupakan metabolit desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progestational yang lebih tinggi dari levonogestrel. Kapsul polimer mempunyai tingkat pelepasan hormon yang lebih stabil dari kapsul silastik Norplant sehingga variabilitas kadar hormon dalam serum menjadi lebih kecil.

Implanon dikemas dalam trocar steril yang sekaligus disertai dengan pendorong (inserter) kapsul sehingga pemasangan hanya membutuhkan waktu 1-2,5 menit. Implanon direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan.

d. Nestorone

Adalah progestin kuat yang dapat menghambat ovulasi dan tidak terikat dengan sex hormon-Binding Globulin(SHBG) serta tanpa efek estrogenic dan androgenik. Nestrone menjadi tidak aktif jika diberikan per oral karena segera di metabolisme dalam hati sehingga aman bagi bayi yang mendapat ASI. Nestrone kapsul Tunggal 30 mm digunakan untuk pengobatan endometriosis dengan waktu kerja aktif 6 bulan

Implan yang ada di Indonesia saat ini :

a. Implan Dua Batang

Terdiri dari 2 batang implan mengandung hormon Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini

menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

b. Implan Satu Batang (Implanon)

Terdiri dari 1 batang implan mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

3. Cara kerja

- a. Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- b. Mengentalkan lendir serviks (menghambat bertemunya sperma dan telur)

4. Efektivitas

Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan Implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian.

5. Kembalinya kesuburan

Kembalinya kesuburan tinggi setelah Implan dilepas.

6. Keuntungan

- a. Klien tidak perlu melakukan apapun setelah implan terpasang
- b. Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan implan pada tahun pertama (1 per 1.000 perempuan).
- c. Merupakan metode kontrasepsi jangka panjang untuk 3 hingga 5 tahun, tergantung jenis implan.
- d. Tidak mengganggu hubungan seksual

- e. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- f. Kesuburan dapat kembali dengan segera setelah implan dilepas
- g. Mengurangi nyeri haid
- h. Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi

7. Keterbatasan

- a. Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)
- b. Membutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus untuk memasang dan melepas. Klien tidak dapat memulai atau menghentikan pemakaian implan secara mandiri.

8. Kriteria Kelayakan Medis

- a. Yang boleh menggunakan Implan

Hampir semua perempuan dapat menggunakan implan secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:

- 1) Telah atau belum memiliki anak
- 2) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- 3) Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik
- 4) Merokok, tanpa bergantung pada usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap
- 5) Sedang menyusui
- 6) Menderita anemia atau riwayat anemia
- 7) Menderita varises vena
- 8) Terkena HIV, sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral

b. Yang tidak boleh menggunakan Implan

Perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan implan:

- 1) Penggumpalan darah akut pada vena dalam dikaki atau paru
- 2) Perdarahan vaginal yang tidak dapat dijelaskan sebelum evaluasi terhadap kemungkinan kondisi serius yang mendasari
- 3) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
- 4) Sirosis hati atau tumor hati berat
- 5) Systemic lupus erythematosus dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui), dan tidak dalam terapi imunosupresif.

9. Waktu pemasangan Implan

Seorang perempuan dapat menjalani pemasangan implan kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat.

KONDISI KLIEN	WAKTU PEMASANGAN IMPLAN
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	Kapan saja pada bulan tersebut 1. Jika mulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 2. Jika mulai lebih dari 7 hari setelah permulaan

	menstruasi, Implan dapat dipasang kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pasca pemasangan
Berganti dari metode Hormonal lainnya	1. Segera, jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika yakin klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan 2. Jika klien berganti dari KSK atau KSP, implant dapat dipasang Ketika suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	1. Jika Belum menstruasi Implan dapat dipasang kapan saja antara waktu melahirkan sampai dengan 6 bulan. Tidak memerlukan kontrasepsi tambahan 2. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, implant dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada Perempuan yang memiliki siklus menstruasi.
ASI eksklusif atau	1. Jika menstruasi klien belum muncul kembali,

hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	Implan dapat dipasang kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. 2. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, Implan dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi
ASI tidak eksklusif Jika belum menstruasi	Dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan
ASI tidak eksklusif Jika telah menstruasi	Implan dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada Perempuan yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak Menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Kapan saja dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan
Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	1. Jika Belum Menstruasi, Implan dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan

	2. Jika Menstruasi telah Kembali, implan dapat dipasang seperti yang dinajurkan pada Perempuan dengan siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (Tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan
Setelah keguguran atau aborsi	1. Segera, jika Implan dipasang dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 2. Jika lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 Implan dapat dipasang kapanpun selama yakin tidak hamil, memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan.
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	1. Dapat dipasang pada hari yang sama dengan penggunaan PKD. 2. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama. 3. Bila tidak segera memulai menggunakan implan, tetapi klien masih ingin tetap

	menggunakannya, ia dapat memulai kapan saja asalkan yakin tidak hamil Setelah pemakaian PKD ulipristal asetat: 1. Implan dapat dipasang pada hari ke-6 setelah menggunakan PKD UPA. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan berikutnya. Implan dan UPA berinteraksi. Jika implan dipasang lebih dulu; sehingga keduanya berada di dalam tubuh, salah satu atau keduanya bisa menjadi kurang efektif 2. Buat janji agar klien kembali pada hari ke-6 untuk pemasangan implan, atau sesegera mungkin setelahnya. • Perlu metode kontrasepsi tambahan sejak dari minum PKD UPA sampai dengan 7 hari setelah pemasangan implan. 3. Jika klien tidak memulai pada hari ke-6 namun kembali sesudahnya untuk penggunaan implan, implan dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil.
--	---

Tabel 2.4 Waktu Pemasangan Implan

III. KONTRASEPSI SUNTIK

1. Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

a. Pengertian

Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) mengandung 2 hormon – yaitu progestin dan estrogen – seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan

b. Jenis

Kontrasepsi Suntik Kombinasi yang mengandung 2 hormon – yaitu Medroxyprogesterone Acetate (MPA) / Estradiol Cypionate yang disediakan Pemerintah :

- 1) Suntikan 1 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 50 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.
- 2) Suntikan 2 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 60 mg/ml, dan estradiol cypionate 7,5 mg/ml.
- 3) Suntikan 3 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 120 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.

c. Cara Kerja

- 1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- 3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

d. Keuntungan

- 1) Tidak perlu pemakaian setiap hari
- 2) Dapat dihentikan kapan saja

- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 4) Baik untuk menjarangkan kehamilan

e. Keterbatasan

- 1) Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu
- 2) Efektivitas KSK tergantung pada kembalinya yang tepat waktu:
Risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewatkan suatu suntikan.
- 3) Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian

f. Kriteria Kelayakan Medis

Yang dapat menggunakan Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

Hampir semua perempuan dapat dengan aman dan efektif menggunakan KSK, termasuk perempuan yang

- 1) Telah atau belum memiliki anak
- 2) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan berusia lebih dari 40 tahun
- 3) Baru saja mengalami abortus atau keguguran
- 4) Merokok berapa pun jumlah batang rokok yang dihisap per hari dan berumur kurang dari 35 tahun
- 5) Merokok kurang dari 15 batang per hari dan berumur lebih dari 35 tahun
- 6) Anemia atau mempunyai riwayat anemia.
- 7) Menderita varises vena.

- 8) Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral

Yang tidak dapat menggunakan Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

- 1) Tidak menyusui dan melahirkan kurang dari 3 minggu, tanpa risiko tambahan terbentuknya penggumpalan darah di vena dalam (TVD – Trombosis Vena Dalam)
- 2) Tidak menyusui dan melahirkan antara 3 dan 6 minggu pasca persalinan dengan risiko tambahan yang memungkinkan terbentuknya TVD
- 3) Sedang menyusui antara 6 minggu hingga 6 bulan setelah melahirkan
- 4) Usia 35 tahun atau lebih dan merokok lebih dari 15 batang per hari
- 5) Tekanan darah tinggi (tekanan sistolik antara 140 dan 159 mmHg atau tekanan diastolik antara 90 dan 99 mmHg)
- 6) Tekanan darah tinggi terkontrol, yang memungkinkan untuk evaluasi lanjutan
- 7) Riwayat tekanan darah tinggi, di mana tekanan darah tidak dapat diukur (termasuk tekanan darah tinggi terkait kehamilan)
- 8) Penyakit infeksi atau tumor hati berat
- 9) Usia 35 tahun atau lebih dengan sakit kepala migrain tanpa aura
- 10) Usia kurang dari 35 tahun dengan sakit kepala migrain yang telah muncul atau memberat saat memakai KSK

- 11) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak muncul kembali
- 12) Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah arteri, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes
- 13) Faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti usia tua, merokok, diabetes, dan tekanan darah tinggi
- 14) Sedang dalam terapi lamotrigine. KSK dapat mengurangi efektivitas lamotrigin

g. Waktu Pemberian Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

Seorang perempuan dapat memulai KSK kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

KONDISI KLIEN	WAKTU PEMASANGAN KSK
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	Kapan saja pada bulan tersebut a. Jika mulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika mulai lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi, KSK dapat dipasang kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pasca pemasangan c. Jika Berganti dari AKDR, dapat segera mulai

	menggunakan KSK
Berganti dari metode Hormonal lainnya	a. Segera, jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika yakin tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan b. Jika klien berganti dari suntik yang lain, penyuntikan yang baru dapat dilakukan saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu kontrasepsi tambahan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	Tunda Suntik pertama sampai dengan 6 bulan setelah melahirkan atau Ketika ASI tidak lagi menjadi sumber nutrisi utama bayi
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika menstruasi klien belum muncul kembali, KSK dapat dimulai kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. b. Jika telah menstruasi, KSK dapat dimulai seperti anjuran pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal

ASI tidak eksklusif Kurang dari 6 minggu setelah melahirkan	Tunda suntik pertama sampai setidaknya 6 minggu setelah melahirkan
ASI tidak eksklusif lebih dari 6 minggu setelah melahirkan	a. Jika menstruasi klien belum muncul, KSK dapat dimulai kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. b. Jika telah menstruasi, KSK dapat dimulai seperti anjuran pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak Menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Kapan saja antara hari ke 21-28 setelah melahirkan dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan (Jika ada resiko thrombosis vena dalam, tunggu hingga 6 minggu)
Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	a. Jika Belum Menstruasi, KSK dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan b. Jika Menstruasi telah Kembali, KSK dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada

	Perempuan dengan siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (Tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Dapat memulai KSK kapan saja jika yakin tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan
Setelah keguguran atau aborsi	a. Segera, jika KSK dipasang dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 KSK dapat dimulai kapanpun selama yakin tidak hamil, memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan.
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	Setelah pemakaian Kontrasepsi Pil Progestin (KPP) atau Pil Kontrasepsi Darurat Kombinasi (PKDK) a. Klien dapat mulai menggunakan suntik pada hari klien selesai menggunakan PKD. Tidak perlu menunggu menstruasi untuk mulai menggunakan suntik. Perlu kontrasepsi

	tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan. b. Jika klien tidak segera memulainya, namun kembali untuk suntikan, maka ia dapat segera mulai kapan saja jika yakin tidak hamil. Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) ulipristal asetat (UPA): a. Klien dapat mulai suntikan pada hari ke-6 setelah minum PKD UPA. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan berikutnya. Ada interaksi antara KSK dan UPA jika suntikan dimulai lebih awal dan karena keduanya ada dalam tubuh, akibatnya satu atau keduanya akan menjadi kurang efektif. b. Buat janji kunjungan kembali untuk disuntik pada hari ke-6 setelah penggunaan UPA, atau sesegera mungkin setelahnya. c. Perlu kontrasepsi tambahan dari saat ia minum PKD UPA sampai 7 hari sesudah suntikan. d. Jika klien tidak mulai suntik pada hari ke-6 namun kembalinya nanti, ia dapat memulai suntikan kapan saja jika yakin tidak hamil.
--	---

Tabel 2.5 Waktu Pemasangan Kontrasepsi Suntik Kombinasi(KSK)

2. Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

a. Pengertian

Kontrasepsi suntik yang mengandung Progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan.

b. Jenis

1) Program Pemerintah (disediakan oleh BKKBN)

Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA), 150 mg/vial (1 ml) merupakan suntikan intra muskuler.

2) Non program :

- Depo subQ provera 104 suntikan subkutan setiap 3 bulan dengan sistem suntik Uniject dalam prefilled dosis tunggal syring hipodermik.
- Norethisterone Enanthate (NET-EN) suntikan intra muskuler setiap 2 bulan

c. Cara Kerja

- 1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- 2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- 3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

d. Keuntungan

- 1) Suntikan setiap 2-3 bulan.
- 2) Tidak perlu penggunaan setiap hari
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual

- 4) Dapat digunakan oleh perempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan
- 5) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- 6) Membantu mencegah: Kanker Endometrium, Mioma Uteri
- 7) Mungkin membantu mencegah: Penyakit radang panggul simptomatis, Anemia defisiensi besi
- 8) Mengurangi: Krisis sel sabit pada perempuan dengan anemia sel sabit, Gejala endometriosis (nyeri panggul, menstruasi yang tidak teratur)

e. Keterbatasan

- 1) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang
- 2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu
- 3) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan
- 4) Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang

f. Kriteria Kelayakan Medis :

Yang boleh menggunakan Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

Hampir semua perempuan dapat dengan aman dan efektif menggunakan KSP, termasuk perempuan yang:

- 1) Telah atau belum memiliki anak

- 2) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan berusia lebih dari 40 tahun
- 3) Baru saja mengalami keguguran
- 4) Merokok tanpa melihat usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap
- 5) Sedang menyusui, mulai segera setelah 6 minggu setelah melahirkan
- 6) Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral.

Yang tidak boleh menggunakan Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

- 1) Menyusui dan melahirkan kurang dari 6 minggu sejak melahirkan (pertimbangkan risiko kehamilan selanjutnya dan kemungkinan terbatasnya akses lanjutan untuk mendapatkan suntik)
- 2) Tekanan darah sangat tinggi (tekanan sistolik 160 mmHg atau lebih atau tekanan diastolik 100 mmHg atau lebih)
- 3) Mengalami penggumpalan darah akut pada vena dalam di kaki atau paru
- 4) Riwayat penyakit jantung atau sedang menderita penyakit jantung terkait obstruksi atau penyempitan pembuluh darah (penyakit jantung iskemik)
- 5) Riwayat stroke

- 6) Memiliki faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti diabetes dan tekanan darah tinggi
- 7) Mengalami perdarahan vaginal yang tidak diketahui sebelum evaluasi kemungkinan kondisi medis serius yang mendasari
- 8) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
- 9) Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah arteri, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes
- 10) Menderita sirosis hati atau tumor hati
- 11) Menderita systemic lupus erythematosus (SLE) dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui) dan tidak dalam terapi immunosupresif, atau trombositopenia berat.

g. Waktu Pemberian Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

Seorang perempuan dapat memulai KSP kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat.

KONDISI KLIEN	WAKTU PEMBERIAN KSP
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	Kapan saja pada bulan tersebut a. Jika mulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika mulai lebih dari 7 hari setelah permulaan

	menstruasi, KSP dapat dimulai kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil c. Jika berganti dari AKDR dapat segera menggunakan KSP
Berganti dari metode Hormonal	a. Segera, jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika yakin klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan b. Jika klien berganti dari kontrasepsi suntik lainnya dapat menggunakan suntik baru Ketika suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika melahirkan kurang dari 6 minggu yang lalu tunda suntikan pertama dengan setidaknya 6 minggu setelah melahirkan b. Jika belum menstruasi, KSP dapat dimulai antara 6 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrsepsi tambahan c. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, KSP dapat dimulai seperti yang dianjurkan pada Perempuan yang memiliki siklus

	menstruasi.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika menstruasi klien belum muncul kembali, KSP dapat dimulai kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan b. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, KSP dapat dimulai seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi
ASI tidak eksklusif kurang dari 6 minggu setelah melahirkan	Tunda suntikan pertama sampai dengan setidaknya 6 minggu setelah melahirkan
ASI tidak eksklusif lebih dari 6 minggu setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, dapat dimulai KSP kapan saja jika yakin tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah penyuntikan b. Jika telah menstruasi, KSP dapat dimulai sesuai dengan anjuran klien yang memiliki siklus menstruasi
Tidak Menyusui Kurang dari 4	Kapan saja dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan

minggu setelah melahirkan	
Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	a. Jika Belum Menstruasi, KSP dapat dimulai kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan b. Jika Menstruasi telah Kembali, KSP dapat dimulai seperti yang dianjurkan pada Perempuan dengan siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (Tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Dapat dimulai kapan saja jika yakin tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan
Setelah keguguran atau aborsi	a. Segera, jika Implan dipasang dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi KSP dapat dimulai kapanpun selama yakin tidak hamil, memerlukan metode

	kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah penyuntikan
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	a. Dapat dipasang pada hari yang sama dengan penggunaan PKD, tidak perlu menunggu menstruasi b. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama. c. Bila tidak segera memulai menggunakan KSP, tetapi Kembali untuk suntik, dapat memulai kapan saja asalkan yakin tidak hamil Setelah pemakaian PKD ulipristal asetat: a. Menunggu menstruasi untuk mendapatkan suntikan. Suntikan dan UPA berinteraksi: jika suntikan dimulai lebih dulu maka keduanya berada dalam tubuh akibatnya salah satu atau keduanya dapat menjadi kurang efektif b. Buat janji agar klien kembali pada hari ke-6 setelah memakai PKD UPA untuk mendapatkan suntik atau sesegera mungkin setelah itu c. Perlu metode kontrasepsi tambahan sejak dari

	minum PKD UPA sampai dengan 7 hari setelah suntikan. d. Jika klien tidak memulai suntikan hari ke-6 namun kembali agak terlambat untuk suntikan, ia perlu mulai kapan saja jika yakin tidak hamil.
--	--

Tabel 2.6 Tabel Waktu Pemberian KSP

IV. KONTRASEPSI PIL

1. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

a. Pengertian

Pil yang mengandung 2 macam hormon berdosisi rendah - yaitu progestin dan estrogen-seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari.

b. Jenis

1) Monofasik

Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama

Jenis pil monofasik yang beredar dipasaran antara lain:

1. 21 pil mengandung 30 µg Ethynil Estradiol (EE)/150 µg Levonorgestrel (LNG) dan 7 pil tanpa hormon.
2. 21 pil mengandung 30 µg EE/3000 µg Drospirenone dan 7 pil tanpa hormon

3. 24 pil mengandung 30 µg EE/2000 µg Drospirenone dan 4 pil tanpa hormon.

2) Bifasik

Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dua dosis yang berbeda

Jenis pil bifasik yang beredar dipasaran antara lain: 21 pil mengandung 0.02 mg EE/0.15 mg Desogestrel, 5 pil mengandung: 0.01 mg EE dan 2 pil tanpa hormon

3) Trifasik

Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam tiga dosis yang berbeda

Jenis pil trifasik yang beredar dipasaran antara lain:

1. 7 pil mengandung 0,035 mg EE/0.5 mg Norethindrone, 7 pil mengandung 0,035 mg EE/0.75 mg Norethindrone, 7 pil mengandung 0,035 mg EE/1 mg Norethindrone dan 7 pil tanpa hormon.
2. 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.100 mg Desogestrel, 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.125 mg Desogestrel, 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.150 mg Desogestrel dan 7 pil tanpa hormon.

4) Kuadrifasik

Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam empat dosis yang berbeda

Jenis pil kuadrifasik yang beredar dipasaran antara lain:

2 pil mengandung 3 mg Estradiol Valerate, 5 pil mengandung 2 mg Estradiol Valerate/2 mg Dienogest, 17 pil mengandung 2 mg Estradiol Valerate/3 mg Dienogest, 2 pil mengandung 1 mg Estradiol Valerate dan 2 pil tanpa hormon

Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK) yang disediakan Pemerintah :

Pil Monofasik yang mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama yaitu 21 pil mengandung 30 µg Ethynil Estradiol (EE)/150 µg Levonorgestrel (LNG) dan 7 pil tanpa hormon.

c. Cara Kerja

- 1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- 2) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma
- 3) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu

d. Keuntungan

- 1) Dapat mengontrol pemakaian
- 2) Mudah digunakan
- 3) Mudah didapat, misalnya di apotek atau toko obat
- 4) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
- 5) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 6) Banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia)
- 7) Tidak terjadi nyeri haid,

- 8) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- 9) Membantu mencegah Kanker Endometrium, Kanker Ovarium, Kista ovarium Penyakit Radang Panggul, Anemia Defisiensi Besi
- 10) Mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat

e. Keterbatasan

- 1) Mahal
- 2) Harus diminum setiap hari secara teratur
- 3) Mengurangi ASI pada perempuan menyusui

f. Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menggunakan KPK

Hampir semua perempuan dapat menggunakan KPK secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:

- 1) Telah atau belum memiliki anak
- 2) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- 3) Setelah melahirkan dan selama menyusui, setelah periode waktu tertentu.
- 4) Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik
- 5) Merokok – jika usia di bawah 35 tahun
- 6) Menderita anemia atau riwayat anemia
- 7) Menderita varises vena
- 8) Terkena HIV, sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral

Yang tidak boleh menggunakan KPK

Perempuan dengan kondisi di bawah ini sebaiknya tidak memakai KPK :

- 1) Tidak menyusui dan kurang dari 3 minggu setelah melahirkan, tanpa risiko tambahan kemungkinan terjadinya penggumpalan darah pada vena dalam (TVD)
- 2) Tidak menyusui dan antara 3 hingga 6 minggu pasca persalinan dengan risiko tambahan kemungkinan terjadinya TVD
- 3) Terutama menyusui antara 6 minggu hingga 6 bulan setelah melahirkan
- 4) Usia 35 tahun atau lebih yang merokok
- 5) Tekanan darah tinggi (tekanan sistolik antara 140 dan 159 mmHg atau tekanan diastolik antara 90 dan 99 mmHg)
- 6) Tekanan darah tinggi terkontrol, dan memungkinkan untuk dilakukan evaluasi lanjutan
- 7) Riwayat tekanan darah tinggi, dan tekanan darah tidak dapat diukur (termasuk tekanan darah tinggi terkait kehamilan)
- 8) Riwayat jaundis saat menggunakan KPK sebelumnya
- 9) Penyakit kandung empedu (sedang atau diobati secara medis)
- 10) Usia 35 tahun atau lebih dengan sakit kepala migrain tanpa aura
- 11) Usia kurang dari 35 tahun dengan sakit kepala migrain tanpa aura yang muncul atau memberat ketika menggunakan KPK
- 12) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh

13) Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes

14) Faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti usia tua, merokok, diabetes, dan tekanan darah tinggi

15) Sedang dalam terapi barbiturat, carbamazepin, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate, rifampisin, atau rifabutin. Sebaiknya memakai metode kontrasepsi tambahan karena obat-obatan tersebut mengurangi efektivitas KPK.

16) Sedang dalam terapi lamotrigin. KPK dapat mengurangi efektivitas lamotrigin.

g. Waktu pemberian KPK

Seorang perempuan dapat memulai KPK kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

KONDISI KLIEN	WAKTU PEMASANGAN KPK
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	Kapan saja pada bulan tersebut 1. Jika mulai dalam 5 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 2. Jika mulai lebih dari 5 hari setelah permulaan menstruasi, KPK dapat dimulai kapan saja jika yakin tidak hamil.

	Memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil 3. Jika Berganti dari AKDR, dapat segera mulai menggunakan KPK
Berganti dari metode Hormonal lainnya	1. jika menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika yakin tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan 2. Jika klien berganti dari suntik dapat memulainya menggunakan KPK saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu kontrasepsi tambahan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	Berikan KPK dan beri tahu untuk mulai menggunakannya 6 bulan setelah melahirkan atau Ketika ASI tidak lagi menjadi sumber nutrisi utama bayi
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	Jika menstruasi klien belum muncul kembali, KPK dapat dimulai kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah minum pil Jika telah menstruasi dapat memulai menggunakan KPK seperti anjuran pada klien

	yang memiliki siklus menstruasi
ASI tidak eksklusif Kurang dari 6 minggu setelah melahirkan	Berikan KPK dan beritahu untuk mulai menggunakan 6 minggu setelah melahirkan Berikan pula metode kontrasepsi tambahan selama periode hingga 6 minggu setelah melahirkan jika klien belum menstruasi
ASI tidak eksklusif lebih dari 6 minggu setelah melahirkan	1. Jika menstruasi klien belum muncul, KPK dapat dimulai kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah minum pil 2. Jika telah menstruasi, KPK dapat dimulai seperti anjuran pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak Menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Kapan saja antara hari ke 21-28 setelah melahirkan, berikan KPK kapan saja untuk mulai digunakan dalam 7 hari ini. Tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan (Jika ada resiko thrombosis vena dalam, tunggu hingga 6 minggu)
Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu	1. Jika Belum Menstruasi, KPK dapat dimulai kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari

setelah melahirkan	pertama minum pil 2. Jika Menstruasi telah Kembali, KPK dapat dimulai seperti yang dianjurkan pada Perempuan dengan siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (Tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Dapat memulai KPK kapan saja jika yakin tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil
Setelah keguguran atau aborsi	1. Segera, jika KPK dimulai dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 2. Jika lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi ,KPK dapat dimulai kapanpun selama yakin tidak hamil, memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil.
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	1. Klien dapat segera memulai KPK setelah pemakaian PKD. Tidak perlu menunggu menstruasi. Penggunaan rutin KPK yang membutuhkan PKD karena keliru memakai KPK dapat melanjutkan pil yang tersisa dari kemasan yang sekarang

	2. Jika tidak segera memulainya, namun ingin menggunakannya, maka ia dapat segera mulai kapan saja jika yakin tidak hamil. 3. Semua klien memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) ulipristal asetat (UPA): 1. Klien dapat mulai atau memulai Kembali KPK pada hari ke-6 setelah minum PKD UPA. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan berikutnya. Ada interaksi antara KPK dan UPA jika dimulai lebih awal dan karena keduanya ada dalam tubuh, akibatnya satu atau keduanya akan menjadi kurang efektif. 2. Berikan KPK yang cukup dan informasikan untuk memulai pada hari ke-6 setelah penggunaan UPA. 3. Perlu kontrasepsi tambahan dari saat ia minum PKD UPA sampai 7 hari sesudah pemakaian KPK. 4. Jika klien tidak mulai KPK pada hari ke-6 namun Kembali menggunakan sesudahnya, maka ia dapat memulai KPK kapan saja jika
--	--

	yakin tidak hamil.
--	--------------------

Tabel 2.7 Waktu Pemberian KPK

2. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

a. Pengertian

Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan.

b. Jenis

- 1) Kemasan 28 pil berisi Lynestrenol 0,5 mg (Kontrasepsi Pil Progestin yang disediakan Pemerintah)
- 2) Kemasan 28 pil berisi 75 µgnorgestrel
- 3) Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg norethindrone.

Sangat dianjurkan untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI

c. Cara Kerja

- 1) Mencegah ovulasi,
- 2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- 3) Menjadikan endometrium tipis dan atrofi Keuntungan
- 4) Dapat diminum selama menyusui
- 5) Dapat mengontrol pemakaian
- 6) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
- 7) Tidak mengganggu hubungan seksual

- 8) Kesuburan cepat Kembali
- 9) Mengurangi nyeri haid
- 10) Mengurangi jumlah perdarahan haid

d. Keterbatasan

- 1) Harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
- 2) Peningkatan/penurunan berat badan

e. Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menggunakan KPP

Hampir semua perempuan dapat menggunakan KPP secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:

- 1) Sedang menyusui (dapat mulai segera setelah 6 minggu melahirkan)
- 2) Telah atau belum memiliki anak
- 3) Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- 4) Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik
- 5) Merokok, tanpa melihat usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap
- 6) Menderita anemia atau riwayat anemia
- 7) Menderita varises vena
- 8) Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral

Yang tidak boleh menggunakan KPP

Perempuan dengan kondisi di bawah ini sebaiknya tidak memakai KPP :

- 1) Mengalami penggumpalan darah akut pada vena dalam (trombosis vena dalam) di kaki atau paru
- 2) Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
- 3) Menderita sirosis hati atau tumor hati berat
- 4) Menderita Systemic Lupus Erythematosus (SLE) dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui)
- 5) Sedang dalam terapi barbiturat, carbamazepin, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate, rifampisin, atau rifabutin. Sebaiknya memakai metode kontrasepsi tambahan karena obat-obatan tersebut mengurangi efektivitas KPP.

f. Waktu Pemberian KPP

Seorang perempuan dapat memulai KPP kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

KONDISI KLIEN	WAKTU PEMBERIAN KPP
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	Kapan saja pada bulan tersebut 4. Jika mulai dalam 5 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 5. Jika mulai lebih dari 5 hari setelah permulaan menstruasi, KPP dapat dimulai kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil 6. Jika berganti dari AKDR dapat segera menggunakan KPP
Berganti dari metode	3. Segera, jika klien menggunakan metode

Hormonal	secara konsisten dan benar atau jika yakin klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan 4. Jika klien berganti dari kontrasepsi suntik dapat menggunakan KPP Ketika suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	1. Jika belum menstruasi, KPP dapat dimulai antara sesudah melahirkan dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan 2. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, KPP dapat dimulai seperti yang dianjurkan pada Perempuan yang memiliki siklus menstruasi.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	3. Jika menstruasi klien belum muncul kembali, KPP dapat dimulai kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil 4. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, KPP dapat dimulai seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi
ASI tidak eksklusif bila belum menstruasi	Dapat memulai KPP jika yakin tidak hamil dan perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil
ASI tidak eksklusif bila telah menstruasi	KPP dapat dimulai seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi

Tidak menyusui lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	Jika Belum menstruasi, KPP dapat dimulai kapan saja jika yakin tidak hamil; dan perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil Jika telah menstruasi KPP dapat dimulai seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi
Tidak menstruasi (Tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Dapat dimulai kapan saja jika yakin tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil
Setelah keguguran atau aborsi	3. Segera, jika mulai menggunakan dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. 4. Jika lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi KPP dapat dimulai kapanpun selama yakin tidak hamil, memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	1. Dapat segera menggunakan KPP, tidak perlu menunggu menstruasi. Penggunaan yang rutin KPP yang membutuhkan PKD karena keliru memakai KPK dapat melanjutkan pil yang tersisa dari kemasan saat ini 2. Bila tidak segera memulai KPP, tetapi ingin menggunakannya dapat memulai kapan saja jika yakin tidak hamil. 3. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk

	2 hari pertama minum pil Setelah pemakaian PKD ulipristal asetat: 4. Klien dapat mulai atau memulai kembali KPP pada hari ke-6 setelah selesai meminum PKD UPA. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP) dan UPA dapat berinteraksi: jika KPP dimulai lebih dulu, maka keduanya akan berada di dalam tubuh, akibatnya salah satu atau keduanya dapat menjadi kurang efektif. 5. Berikan pasokan pil yang cukup dan informasikan untuk memulai pil tersebut di hari ke-6 setelah pemakaian PKD UPA. 6. Perlu metode kontrasepsi tambahan dari mulai saat klien memakai PKD UPA sampai pemakaian KPP selama 2 hari. 7. Jika klien tidak mulai KPP hari ke-6 tetapi kembali menggunakan KPP sesudahnya, klien dapat mulai menggunakan kapan saja jika yakin tidak hamil
--	--

Tabel 2.8 Waktu Pemberian KPP

V. KONDOM

1. Kondom Laki-Laki

a. Pengertian

Merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat

hubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile.

b. Jenis

- 1) Kondom berkontur (bergerigi)
- 2) Kondom beraroma
- 3) Kondom tidak beraroma

c. Cara Kerja

- 1) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan
- 2) Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain

d. Keuntungan

- 1) Murah dan dapat dibeli bebas
- 2) Tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus
- 3) Proteksi ganda (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS)
- 4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

e. Keterbatasan

- 1) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi

- 2) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- 3) Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- 4) Malu membelinya di tempat umum

f. Kriteria Kelayakan Medis

Yang Boleh Menggunakan Kondom Laki-laki: Semua laki-laki dapat secara aman menggunakan kondom pria kecuali mereka dengan reaksi alergi berat terhadap karet lateks

g. Waktu Pemakaian

Kapan saja laki-laki atau pasangan menginginkan perlindungan terhadap kehamilan atau IMS

2. Kondom Perempuan

a. Pengertian

Sarung atau penutup yang lembut, transparan, dan tipis sesuai dengan vagina. Mempunyai cincin lentur pada kedua ujung, satu cincin pada ujung tertutup membantu untuk memasukkan kondom, cincin pada ujung terbuka untuk mempertahankan bagian kondom tetap di luar vagina. Terbuat dari berbagai bahan, seperti lateks, polyurethane, dan nitrile, di bagian dalam dan luar kondom dilapisi dengan lubrikan berbasis silikon.

b. Cara Kerja

Membuat penghalang yang mempertahankan sperma tetap berada di luar vagina, sehingga mencegah kehamilan. Juga dapat mencegah penularan infeksi di semen, penis, atau vagina ke pasangan lain.

c. Keuntungan

- 1) Dapat memprakarsai penggunaannya
- 2) Memiliki tekstur yang lembut dan lembab, yang terasa lebih alami dibanding kondom lateks pria saat berhubungan seksual
- 3) Membantu melindungi dari kehamilan dan IMS, termasuk HIV
- 4) Pada sebagian perempuan, cincin di bagian luar meningkatkan stimulasi seksual
- 5) Dapat digunakan tanpa berkonsultasi dengan penyedia layanan kesehatan
- 6) Dapat dimasukkan lebih dahulu sehingga tidak mengganggu hubungan seksual
- 7) Tidak mengurangi sensasi seksual
- 8) Tidak harus segera dilepas setelah ejakulasi

d. Keterbatasan

Memerlukan latihan untuk cara pemakaian yang benar.

e. Kriteria Kelayakan Medis

Yang Boleh Menggunakan Kondom Perempuan: Semua perempuan dapat menggunakan kondom perempuan kecuali mereka dengan reaksi alergi berat terhadap lateks

f. Waktu Pemakaian

Kapan saja perempuan atau pasangan menginginkan perlindungan terhadap kehamilan atau IMS

VI. TUBEKTOMI

a. Pengertian

Prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada perempuan yang tidak ingin anak lagi

b. Jenis

- 1) Minilaparotomi dengan membuat insisi kecil pada perut. Tuba falopi ditarik ke irisan untuk dipotong dan diikat.

Jenis:

3. Minilaparotomi Suprapubik : pada masa interval
4. Minilaparotomi Subumbilikus : pada pasca persalinan
- 2) Laparoskop dengan memasukkan pipa kecil panjang dengan lensa di dalamnya ke dalam perut melalui insisi kecil. Laparoskop memungkinkan dokter untuk mencapai dan memblok atau memotong tuba falopi di dalam perut.

c. Cara Kerja

Mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum

d. Keuntungan

- 1) Sangat efektif
- 2) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- 3) Tidak bergantung pada faktor senggama
- 4) Tidak memiliki efek samping dalam jangka panjang

- 5) Tidak perlu khawatir menjadi hamil atau khawatir mengenai kontrasepsi lagi
- 6) Pengguna tidak perlu melakukan atau mengingat apapun setelah prosedur dilakukan
- 7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

e. Keterbatasan

- 1) Kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi
- 2) Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan
- 3) Harus dilakukan oleh dokter yang terlatih (untuk laparoskopi dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi)

f. Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menjalani tubektomi

- 1) Perempuan yang sudah memiliki jumlah anak > 2
- 2) Perempuan yang pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius
- 3) Perempuan yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini
- 4) Pasca persalinan/pasca keguguran

Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi

- 1) Perempuan dengan perdarahan pervaginam yang belum terjelaskan
- 2) Perempuan dengan infeksi sistemik atau pelvik yang akut
- 3) Perempuan yang kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas dimasa depan

4) Perempuan yang belum memberikan persetujuan tertulis

g. Memulai Prosedur Tubektomi

Seorang perempuan dapat memulai prosedur tubektomi kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat

KONDISI	MEMULAI PROSEDUR TUBEKTOMI
Tanpa Perdarahan	Kapanpun jika klien tidak hamil
Setelah Keguguran atau abortus	Dalam 48 jam setelah keguguran atau aborsi tanpa komplikasi, jika sebelumnya klien telah memberikan informed choice secara sukarela
Setelah melahirkan	1. Segera atau dalam 48 jam pasca persalinan, jika sebelumnya klien telah memberikan informed choice secara sukarela. 2. Kapanpun 6 minggu atau lebih pasca persalinan jika yakin klien tidak hamil
Menstruasi teratur atau berganti dari metode lain	Kapan saja pada bulan tersebut 1. Kapanpun dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi. Tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi tambahan sebelum prosedur. 2. Jika lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi, klien dapat menjalani prosedur kapanpun selama yakin ia tidak hamil. 3. Jika klien berganti dari pil, ia dapat melanjutkan penggunaan pil hingga menyelesaikan paket pil untuk menjaga siklus regulernya. 4. Jika klien berganti dari AKDR, ia dapat segera

	menjalani prosedur
--	--------------------

Tabel 2.9 Memulai Prosedur Tubektomi

VII. VASEKTOMI

a. Pengertian

Vasektomi adalah tindakan memotong dan mengikat vas (ductus) deferens tanpa menggunakan pisau bedah, dengan tujuan memutuskan aliran sperma dari testis sehingga terjadi azoospermia.

b. Cara Kerja

Mengikat dan memotong setiap saluran vas deferens sehingga sperma tidak bercampur dengan semen. Semen dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan

c. Keuntungan

- 1) Aman dan nyaman
- 2) Sangat efektif
- 3) Permanen
- 4) Laki-laki mengambil tanggung jawab untuk kontrasepsi – mengambil alih beban perempuan
- 5) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

d. Keterbatasan

- 1) Tidak segera efektif (WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur, kurang lebih 20 kali ejakulasi)
- 2) Komplikasi minor seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi.
Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi

- 3) Harus dilakukan oleh dokter umum yang terlatih untuk vasektomi atau Dokter Spesialis Bedah dan Dokter Spesialis Urologi.

e. Kriteria Kelayakan Medis

Yang Dapat Menjalani Vasektomi

Dengan konseling dan informed consent yang tepat, semua laki-laki dapat menjalani vasektomi secara aman, termasuk laki-laki yang:

- 1) Sudah memiliki jumlah anak > 2
- 2) Mempunyai istri usia reproduksi
- 3) Menderita penyakit sel sabit
- 4) Berisiko tinggi terinfeksi HIV atau IMS lainnya
- 5) Terinfeksi HIV, sedang dalam pengobatan antiretroviral atau tidak

f. Memulai Prosedur Vasektomi

Jika tidak ada alasan medis untuk menunda, seorang laki-laki dapat menjalani prosedur vasektomi kapanpun ia menghendaki

VIII.METODE AMENORE LAKTASI (MAL)

a. Pengertian

Metode keluarga berencana sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya.

MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

- 1) Ibu belum menstruasi bulanan.
- 2) Bayi disusui secara penuh (ASI Eksklusif) dan sering disusui lebih dari 8 kali sehari, siang dan malam.
- 3) Bayi berusia kurang dari 6 bulan

b. Cara Kerja

Mekanisme kerja utama dengan cara mencegah pelepasan telur dari ovarium (ovulasi). Sering menyusui secara sementara mencegah pelepasan hormon alami yang dapat menyebabkan ovulasi

c. Keuntungan

- 1) Tidak memberi beban biaya untuk keluarga berencana atau untuk makanan bayi
- 2) Efektivitasnya tinggi
- 3) Segera efektif
- 4) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 5) Tidak ada efek samping secara sistemik
- 6) Tidak perlu pengawasan medis
- 7) Tidak perlu obat atau alat
- 8) Bayi mendapat kekebalan pasif
- 9) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
- 10) Mengurangi perdarahan pasca persalinan
- 11) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

d. Keterbatasan

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
- 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- 3) Efektif hanya sampai dengan 6 bulan

e. Kriteria Kelayakan Medis

Semua perempuan menyusui dapat secara aman menggunakan MAL, tetapi perempuan dengan kondisi berikut mungkin ingin mempertimbangkan metode kontrasepsi lain:

- 1) Terinfeksi HIV
- 2) Menggunakan obat-obat tertentu selama menyusui (termasuk obat yang mengubah suasana hati, reserpin, ergotamin, anti-metabolit, siklosporin, kortikosteroid dosis tinggi, bromokriptin, obat-obat radioaktif, lithium, dan antikoagulan tertentu)
- 3) Bayi baru lahir memiliki kondisi yang membuatnya sulit untuk menyusu (termasuk kecil masa kehamilan atau prematur dan membutuhkan perawatan neonatus intensif, tidak mampu mencerna makanan secara normal, atau memiliki deformitas pada mulut, rahang, atau palatum)

f. Memulai menggunakan MAL

Klien dapat mulai menggunakan MAL kapan saja jika memenuhi kriteria:

- 1) Belum menstruasi
- 2) Tidak memberikan bayi makanan lain selain ASI

- 3) Tidak membiarkan periode panjang tanpa menyusui, baik siang atau malam
- 4) Bayi berusia kurang dari 6 bulan

IX. METODE SADAR MASA SUBUR

a. Pengertian

Seorang perempuan mengetahui kapan periode masa suburnya dari waktu mulai dan berakhirnya siklus menstruasi.

Pasangan secara suka rela menghindari sanggama pada masa subur perempuan.

b. Jenis metode Sadar Masa Subur

1) Metode berbasis kalender

Meliputi mencatat hari dari siklus menstruasi untuk mengidentifikasi kapan mulai dan berakhirnya masa subur. Contoh: Standard Day Methods, yang menghindari hubungan seksual pada hari ke 8 sampai 19 siklus menstruasinya dan Metode Ritme Kalender.

2) Metode berbasis gejala

Bergantung dari pengamatan tanda kesuburan.

1. Sekresi serviks

Ketika seorang perempuan mengamati atau merasakan sekresi serviks, kemungkinan klien subur. Klien mungkin hanya merasa vaginanya sedikit basah.

2. Suhu tubuh basal

Suhu tubuh istirahat seorang perempuan sedikit meningkat setelah melepaskan sel telur (ovulasi). Ia cenderung tidak akan hamil dari 3 hari sejak peningkatan suhu tubuh ini sampai mulainya menstruasi bulan berikutnya. Suhu klien tetap dalam kondisi tinggi hingga permulaan menstruasi bulan berikutnya.

Contoh: Two Days Methods, Metode Suhu Tubuh Basal, Metode Ovulasi (Metode Billings atau Metode Lendir Serviks), dan Metode Symptothermal.

c. Cara Kerja

Menghindari hubungan seksual pada masa subur.

d. Keuntungan

- 1) Tanpa biaya
- 2) Tidak ada risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- 3) Tidak ada efek samping sistemik
- 4) Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB

e. Keterbatasan

- 1) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan
- 2) Perlu ada pelatihan (butuh pelatih, bukan tenaga medis)
- 3) Perlu pencatatan setiap hari
- 4) Perlu pantang selama masa subur
- 5) Infeksi vagina membuat lender serviks sulit dinilai

f. Kriteria Kelayakan Medis untuk Metode Berbasis Kalender

Semua perempuan dapat menggunakan metode berbasis kalender. Tidak ada kondisi medis yang menghalangi penggunaan metode ini, namun

beberapa kondisi dapat membuat metode ini lebih sulit untuk digunakan secara efektif. Pada situasi berikut Tunda dalam memulai penggunaan metode berbasis kalender

- 1) Baru saja melahirkan atau sedang menyusui (Tunda hingga klien mendapat minimal 3 siklus menstruasi dan siklusnya teratur lagi. Untuk beberapa bulan setelah siklus yang teratur kembali, gunakan dengan perhatian)
- 2) Baru saja mengalami keguguran (Tunda hingga permulaan menstruasi bulan berikutnya)
- 3) Perdarahan vagina yang tidak teratur (Tunda hingga siklusnya menjadi lebih teratur) Pada situasi berikut Tunda atau gunakan dengan Hati-hati metode berbasis kalender
- 4) Menggunakan obat yang membuat siklus menstruasi menjadi tidak teratur (contohnya, antidepresan tertentu, medikasi tiroid, penggunaan antibiotik tertentu dalam jangka panjang, atau penggunaan obat anti inflamasi non steroid (NSAIDs) dalam jangka panjang seperti aspirin atau ibuprofen)

g. Kriteria Kelayakan Medis untuk Metode Berbasis Gejala

Semua perempuan dapat menggunakan metode berbasis gejala. Tidak ada kondisi medis yang menghalangi penggunaan metode ini, namun

beberapa kondisi dapat membuat metode ini lebih sulit untuk digunakan secara efektif

Pada situasi berikut gunakan **Hati-hati** dengan metode berbasis gejala:

- 1) Baru saja mengalami aborsi atau keguguran
- 2) Siklus menstruasi baru saja dimulai atau menjadi kurang teratur atau berhenti karena usia yang lebih tua (Ketidakteraturan siklus menstruasi umum terjadi pada perempuan muda di beberapa tahun pertama setelah menstruasi pertamanya dan pada perempuan yang lebih tua yang mendekati menopause. Mengidentifikasi masa subur mungkin sulit.)
- 3) Kondisi kronis yang meningkatkan suhu tubuh klien (untuk metode suhu tubuh basal dan simptothermal)

Pada situasi berikut Tunda dalam memulai penggunaan metode berbasis gejala:

- 1) Baru saja melahirkan atau sedang menyusui (Tunda hingga sekresi normal kembali biasanya minimal 6 bulan setelah melahirkan untuk perempuan menyusui dan minimal 4 minggu setelah melahirkan untuk perempuan yang tidak menyusui. Untuk beberapa bulan setelah siklus kembali teratur, gunakan Hati-hati)
- 2) Kondisi akut yang meningkatkan suhu tubuh (untuk metode suhu tubuh basal dan symptothermal)
- 3) Menstruasi yang tidak teratur

Pada situasi berikut Tunda atau gunakan dengan Hati-hati metode berbasis gejala:

Menggunakan obat apapun yang mengubah sekresi serviks, contohnya antihistamin, atau obat yang meningkatkan suhu tubuh, contohnya antibiotik.

h. Memulai menggunakan Metode Berbasis Kalender

Sekali dilatih, seorang perempuan atau pasangan biasanya dapat mulai menggunakan metode berbasis kalender kapan saja. Bagi klien yang tidak dapat memulai dengan segera, berikan metode lain untuk digunakan hingga mereka dapat memulai

KONDISI	MEMULAI METODE BERBASIS KALENDER
Memiliki siklus menstruasi yang teratur	Kapanpun pada bulan tersebut. Tidak perlu menunda hingga permulaan siklus menstruasi
Tidak Menstruasi	Tunda Hingga menstruasi Kembali
Setelah melahirkan (Menyusui atau tidak menyusui)	3. Tunda hingga memiliki 4 siklus menstruasi dan Panjang siklus terakhir 26-32 hari 4. Kembalinya siklus teratur pada Perempuan yang menyusui membutuhkan waktu lebih lama dibandingkan dengan Perempuan tidak menyusui
Setelah Keguguran atau aborsi	Tunda Metode Berbasis Kalender hingga permulaan menstruasi bulan berikutnya, klien dapat memulainya lagi jika tidak ada perdarahan karena luka pada saluran genital
Berganti dari	3. Tunda memulai Metode Berbasis Kalender hingga

metode hormonal	permulaan menstruasi bulan berikutnya. 4. Jika klien beralih dari suntik, tunda Metode Berbasis Kalender setidaknya hingga suntik ulangan seharusnya diberikan, dan mulai metode tersebut pada permulaan menstruasi bulan berikutnya.
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat	Tunda Metode Berbasis Kalender hingga permulaan menstruasi bulan berikutnya

Tabel 2.10 Memulai Metode Berbasis Kalender

X. SENGAMA TERPUTUS

a. Pengertian

Metode KB tradisional, dimana laki-laki mengeluarkan alat kelamin (penis) nya dari vagina sebelum mencapai ejakulasi Disebut juga sebagai koitus interruptus dan “menarik keluar.”

b. Cara Kerja

Penis dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina akibatnya tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah

c. Keuntungan

- 1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
- 2) Dapat digunakan setiap waktu
- 3) Tidak memerlukan biaya
- 4) Tidak ada efek samping

- 5) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- 6) Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB

d. Keterbatasan

- 1) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus setiap melaksanakannya
- 2) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual

e. Kriteria Kelayakan Medis

Semua laki-laki boleh melakukan metode sanggama terputus. Tidak ada kondisi medis yang menghalangi penggunaan metode ini.

Sanggama terputus boleh untuk :

- 1) Tidak mempunyai metode lain
- 2) Jarang berhubungan seksual
- 3) Keberatan menggunakan metode lain
- 4) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
- 5) Pasangan yang memerlukan metode sementara sambil menunggu metode yang lain

Sanggama terputus tidak boleh untuk :

- 1) Laki-laki dengan pengalaman ejakulasi dini
- 2) Laki-laki yang sulit melakukan sanggama terputus

XI. KONTRASEPSI DARURAT

1. Jenis kontrasepsi darurat

a. Pil kontrasepsi darurat

Pil Kontrasepsi Darurat membantu mencegah kehamilan bila diminum dalam jangka waktu 5 hari setelah hubungan seksual tanpa perlindungan. Semakin cepat diminum setelah hubungan seksual, semakin baik.

Pil kontrasepsi darurat mencegah kehamilan dengan mencegah atau menunda ovulasi dan tidak menyebabkan aborsi

Tipe Kontrasepsi Hormon	Formulasi	Jumlah Tablet yang diminum	
		Pertama Kali	12 jam kemudian
Pil Progestin			
Pil Progestin Pil khusus untuk kontrasepsi darurat berisi progestin	1.5 mg LNG	1	0
	0.75 mg LNG	2	0
Pil Kontrasepsi Progestin	0.03 mg LNG	50	0
	0.0375 mg LNG	40	0
	0.075 mg Norgestrel	40	0
Pil Kombinasi			
Pil khusus untuk kontrasepsi darurat	Estrogen0.05 mg EE + 0.25 mg LNG	2	2
Pil Kontrasepsi Kombinasi	0.02 mg EE + 0.1 mg LNG	5	5
	0.03 mg EE + 0.15 mg LNG	4	4

	0.03 mg EE + 0.125 mg LNG	4	4
	0.05 mg EE + 0.25 mg LNG	2	2
	0.03 mg EE + 0.3 mg norgestrel	4	4
	0.05 mg EE + 0.5 mg norgestrel	2	2
Pil Ulipristal Acetate			
Pil Khusus Kondar berisi Ulipristal Acetate	30 mg ulipristal acetate	1	0

Tabel 2.11. Penggunaan Pil Kontrasepsi Darurat

b. AKDR Copper T

Metode ini sangat efektif untuk mencegah kehamilan. Metode ini dapat dipakai dalam 5 hari pasca senggama yang tidak terlindung sebagai kontrasepsi darurat.

2. Indikasi kontrasepsi darurat

- a. Perkosaan
- b. Senggama tanpa menggunakan kontrasepsi
- c. Penggunaan kontrasepsi yang tidak tepat dan tidak konsisten
 - 1) Kondom tidak digunakan dengan benar, terlepas atau bocor
 - 2) Diafragma pecah, robek atau diangkat terlalu cepat
 - 3) Salah hitung masa subur

- 4) Gagal putus senggama karena terlanjur ejakulasi
- 5) Ekspulsi AKDR
- 6) Lupa minum 3 (tiga) atau lebih pil kombinasi atau baru mulai minum kontrasepsi pil kombinasi 3 (tiga) hari atau lebih setelah selesai menstruasi
- 7) Terlambat lebih dari 1 (satu) minggu untuk suntik KB yang setiap bulan; dan/atau
- 8) Terlambat lebih dari 4 (empat) minggu untuk suntik KB yang tiga bulanan.

A. Efek Samping dan Penanganan

1. AKDR Copper T380

Efek Samping	Penanganan
Menstruasi irregular/tidak teratur	1. Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan pertama penggunaan. 2. Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan NSAID seperti Ibuprofen diberikan 2x400 mg selama 5 hari atau indometasin diberikan 2x25 mg selama 5 hari, dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. 3. Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi.
Menstruasi yang	1. Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah penggunaan

banyak dan lama	beberapa bulan. 2. Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan: a. Asam traneksamat 3x500 mg selama 5 hari, dimulai sejak perdarahan berlangsung. b. Asam mefenamat 3X500 mg selama 5 hari c. Anti inflamasi non steroid (NSAID) seperti ibuprofen diberikan 2x400 mg selama 5 hari atau indometasin diberikan 2x25 mg selama 5 hari. Anti inflamasi lainnya kecuali aspirin- boleh digunakan. 3. Sarankan untuk meminum obat penambah zat besi atau makanan yang mengandung zat besi untuk mencegah anemia. 4. Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi
Kram dan nyeri perut	1. Kram dan nyeri perut dapat dirasakan beberapa hari setelah insersi AKDR copper T. 2. Kram perut biasa terjadi dalam 3 sampai 6 bulan setelah penggunaan AKDR, khususnya saat menstruasi. Kondisi ini tidak berbahaya. 3. Jika nyeri mengganggu dapat ditambahkan Aspirin 500 mg, ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya. Aspirin tidak dapat digunakan jika ada perdarahan hebat.

Anemia	1. Awasi klien dengan gejala anemia atau dengan Hb kurang dari 9 g/dl atau hematokrit kurang dari 30. - Berikan preparat zat besi jika dibutuhkan. 2. Jelaskan pentingnya mengkonsumsi makanan yang kaya zat besi
Pasangan dapat merasakan benang AKDR copper T saat senggama	1. Jelaskan jika hal itu kadang terjadi jika benang dipotong kurang pendek. 2. Jika pasangan tetap merasa terganggu, maka: Benang dapat dipotong lebih pendek sehingga benang tidak keluar ke kanalis servikalis. Pasangan tidak akan dapat merasakan benang tetapi klien tidak akan bisa mengecek benang AKDR. 3. Jika klien tetap ingin dapat mengecek benang AKDR, disarankan untuk memasang AKDR yang baru.
Nyeri hebat di perut bawah (curiga penyakit radang panggul)	1. Beberapa gejala penyakit radang panggul juga menyerupai gejala kehamilan ektopik. Jika kehamilan ektopik tidak terbukti, nilai sebagai penyakit radang panggul dan berikan pengobatan yang tepat atau rujuk. 2. Obati jika didapatkan gonore, clamidia dan infeksi bakteri anaerob. Sarankan menggunakan kondom untuk sementara. - Tidak perlu mencabut AKDR jika klien tetap ingin memakainya. Jika AKDR ingin dicabut, lakukan setelah pemberian antibiotik.

Tabel 2.12. Tabel efek samping dan penanganan AKDR Copper T 380

2. AKDR Levonorgestrel (LNG)

Efek Samping	Penanganan
Perubahan pola menstruasi • Menstruasi lebih sedikit atau lebih pendek • Menstruasi jarang • Menstruasi tidak teratur • Tidak menstruasi • Menstruasi memanjang	Dilakukan edukasi dengan menjelaskan bahwa perubahan menstruasi umumnya bukan tanda penyakit dan efek samping akan berkurang beberapa bulan pertama setelah pemasangan. Klien dapat kembali jika efek samping dirasakan sangat mengganggu.
4. Jerawat 5. Nyeri Kepala 6. Nyeri atau nyeri tekan payudara 7. Mual 8. Peningkatan berat badan 9. Pusing 10. Perubahan suasana hati	1. Dilakukan edukasi dengan menjelaskan bahwa beberapa efek samping dapat terjadi dan umumnya berkurang beberapa bulan pertama setelah pemasangan. 2. Klien dapat kembali jika efek samping dirasakan sangat mengganggu. 3. Untuk mengatasi nyeri dapat diberikan aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol (500 – 1000 mg)

Tabel 2.13. Tabel efek samping dan penanganan AKDR LNG

3. Implan

Efek Samping	Penanganan
Menstruasi irregular (tidak	1. Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya

teratur)	dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah setahun pemasangan. 2. Pengobatan jangka pendek, Ibuprofen diberikan 3x800 mg selama 5 hari, atau asam mefenamat diberikan 3x500 mg, selama 5 hari, dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. 3. Jika obat diatas tidak membantu, dapat diberikan: a) Kontrasepsi pil kombinasi yang mengandung progestin levonorgestrel, diminum 1 pil sehari selama 21 hari. b) Ethynyl estradiol, diberikan 1 x50µg selama 21 hari. 4. Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi..
Tidak ada menstruasi	Yakinkan klien jika kondisi ini tidak berbahaya
Menstruasi yang banyak dan lama	1. Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan. Pengobatan jangka pendek, ibuprofen diberikan 3x 800 mg selama 5 hari, atau asam mefenamat diberikan 3x500 mg selama 5 hari, dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. Kombinasi dengan kontrasepsi oral 50 µg ethynl estradiol dapat

	memberikan hasil lebih baik. 2. Sarankan untuk meminum obat penambah zat besi untuk mencegah anemia. 3. Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi
Nyeri perut	Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya.
Jerawat	Jika klien ingin menghentikan implan karena jerawat, dapat dipertimbangkan penggantian metode kontrasepsi dengan kontrasepsi oral kombinasi.
Perubahan berat badan	Diet dan konsul gizi
Nyeri payudara	1. Rekomendasikan menggunakan supportive bra (saat aktivitas dan tidur) 2. Kompres panas atau dingin. 3. Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya.
Perubahan mood dan hasrat seksual	5. Berikan dukungan yang sepantasnya jika perubahan tersebut mempengaruhi hubungan dengan pasangan. 6. Jika terjadi perubahan mood (suasana hati) yang berat

	seperti depresi mayor, maka harus mendapatkan perawatan segera.
Nyeri setelah pemasangan atau pencabutan	7. Cek balutan pada lengan apakah terlalu ketat. 8. Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya

Tabel 2.14. Tabel efek samping dan penanganan Implan

4. Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

Efek Samping	Penanganan
Menstruasi irregular (tidak teratur)	1. Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan pasca pemasangan. 2. Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan asam mefenamat 2x500 mg selama 5 hari atau valdecoxib diberikan 1x40 mg selama 5 hari, dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. 3. Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi
Tidak ada menstruasi	Yakinkan klien jika kondisi ini tidak berbahaya
Menstruasi yang banyak dan lama	4. Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa

	bulan. 5. Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan asam mefenamat diberikan 3x500 mg selama 5 hari, atau valdecoxib diberikan 1x40 mg selama 5 hari atau ethynyl estradiol diberikan 1x50µg selama 21 hari dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. 6. Jika perdarahan mengancam kesehatan, sarankan untuk mengganti metode kontrasepsi. 7. Sarankan untuk meminum obat penambah zat besi untuk mencegah anemia. 8. Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi.
Kembung atau rasa tidak nyaman di perut	Pertimbangkan solusi yang tersedia secara local
Perubahan berat badan	Diet dan konsul gizi
Nyeri kepala biasa	Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya
Perubahan mood dan hasrat seksual	9. Berikan dukungan yang sepantasnya jika perubahan tersebut mempengaruhi hubungan dengan pasangan. 10. Jika terjadi perubahan mood (suasana hati) yang berat seperti depresi mayor, maka harus mendapatkan

	perawatan segera.
--	-------------------

Tabel 2.15. Tabel efek samping dan penanganan Kontrasepsi Suntik

Progestin

5. Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

Efek Samping	Penanganan
Menstruasi irregular (tidak teratur)	1. Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan pasca pemasangan. 2. Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan asam mefenamat 2x500mg selama 5 hari atau valdecoxib diberikan 1x 40mg selama 5 hari, dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. 3. Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi
Tidak ada menstruasi	Yakinkan klien jika kondisi ini tidak berbahaya
Menstruasi yang banyak dan lama	4. Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan. 5. Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan asam mefenamat diberikan 3x500 mg selama 5 hari, atau valdecoxib diberikan 1x40 mg selama 5 hari atau ethynyl

	estradiol diberikan 1x50µg selama 21 hari dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. 6. Jika perdarahan mengancam kesehatan, sarankan untuk mengganti metode kontrasepsi. 7. Sarankan untuk meminum obat penambah zat besi untuk mencegah anemia. 8. Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi
Kembung atau rasa tidak nyaman di perut	Pertimbangkan solusi yang tersedia secara lokal
Perubahan berat badan	Diet dan konsul gizi
Nyeri kepala biasa	Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya
Perubahan mood dan hasrat seksual	9. Berikan dukungan yang sepantasnya jika perubahan tersebut mempengaruhi hubungan dengan pasangan. 10. Jika terjadi perubahan mood (suasana hati) yang berat seperti depresi mayor, maka harus mendapatkan perawatan segera.

Tabel 2.16. Tabel efek samping dan penanganan Kontrasepsi Suntik

Kombinasi

6. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

Efek Samping	Penanganan
Menstruasi tidak teratur atau perdarahan pervaginam	1. Minum pil setiap hari pada jam yang sama. 2. Ibuprofen 3 x 800 mg selama 5 hari. 3. NSAID. 4. Bila perdarahan tidak berhenti sarankan menggunakan metode kontrasepsi lain.
Tidak ada menstruasi	1. Lakukan konseling bahwa terkadang setelah pemakaian kontrasepsi pil menstruasi menjadi tidak teratur dan bahkan tidak menstruasi. 2. Pastikan pil diminum setiap hari. 3. Pastikan klien tidak hamil
Sakit kepala biasa (bukan migraine)	2. Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya. 3. Bila sakit kepala berlanjut maka konseling untuk memilih kontrasepsi jenis lain
Mual atau pusing	Untuk mengatasi mual minum pil menjelang tidur atau saat makan
Perubahan berat badan	Evaluasi pola makan dan konsultasi gizi bila perlu
Payudara nyeri	1. Sarankan menggunakan bra yang sesuai baik saat aktivitas ataupun 2. Kompres hangat atau dingin.

	3. Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya
Perubahan mood dan hasrat seksual	1. Berikan dukungan yang sepantasnya jika perubahan tersebut mempengaruhi hubungan dengan pasangan. 2. Jika terjadi perubahan mood (suasana hati) yang berat seperti depresi mayor, maka harus mendapatkan perawatan segera. 3. Lakukan konseling bila keluhan berlanjut sarankan memilih kontrasepsi lain
Jerawat	1. Jerawat umumnya timbul bersamaan dengan penggunaan pil. 2. Bila klien telah menggunakan pil kombinasi selama beberapa bulan dan jerawat tetap ada maka berikan pil dengan kombinasi lain jika ada atau sarankan memilih kontrasepsi jenis lain.
Gastritis	1. Pil diminum setelah makan 2. Jika diperlukan dapat diberikan antasida

Tabel 2.17. Tabel efek samping dan penanganan Kontrasepsi Pil

Kombinasi

7. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

Efek Samping	Penanganan
Menstruasi tidak teratur	1. Minum pil setiap hari pada jam yang sama.

atau perdarahan pervaginam	2. Ibuprofen 3 x 800 mg selama 5 hari. 3. NSAID. 4. Bila perdarahan tidak berhenti sarankan menggunakan metode kontrasepsi lain.
Tidak ada menstruasi	1. Lakukan konseling bahwa terkadang setelah pemakaian kontrasepsi pil menstruasi menjadi tidak teratur dan bahkan tidak menstruasi. 2. Pastikan pil diminum setiap hari. 3. Pastikan klien tidak hamil
Sakit kepala biasa (bukan migraine)	1. Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya. 2. Bila sakit kepala berlanjut maka konseling untuk memilih kontrasepsi jenis lain
Mual atau pusing	Untuk mengatasi mual minum pil menjelang tidur atau saat makan
Perubahan berat badan	Evaluasi pola makan dan konsul gizi bila perlu
Payudara nyeri	1. Sarankan menggunakan bra yang sesuai baik saat aktivitas ataupun 2. Kompres hangat atau dingin. 3. Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya

Perubahan mood dan hasrat seksual	Lakukan konseling bila keluhan berlanjut sarankan memilih kontrasepsi lain
Jerawat	1. Jerawat umumnya timbul bersamaan dengan penggunaan pil. 2. Bila klien telah menggunakan pil progestin selama beberapa bulan dan jerawat tetap ada maka berikan pil dengan kombinasi lain jika ada atau sarankan memilih kontrasepsi jenis lain
Gastritis	1. Pil diminum setelah makan 2. Jika diperlukan dapat diberikan antasida

Tabel 2.18. Tabel efek samping dan penanganan Kontrasepsi Pil Progestin

8. Kondom

Efek Samping	Penanganan
Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan)	1. Buang dan pakai kondom baru atau gunakan kondom dan spermisida. Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan 2. Pertimbangkan penggunaan kontrasepsi darurat.
Reaksi alergi	1. Ganti metode kontrasepsi atau jika tersedia gunakan kondom yang terbuat dari lamb skin atau gut. 2. Terapi alerginya jika mengganggu.
Mengurangi kenikmatan	Gunakan kondom yang lebih tipis atau anjurkan metode

hubungan seksual	kontrasepsi lain
------------------	------------------

Tabel 2.19. Tabel efek samping dan penanganan Kondom

9. Tubektomi

Tidak ada efek samping.

10. Vasektomi

Tidak ada efek samping.

B. Komplikasi Dan Penanganan

1. AKDR Copper T 380 A	
Komplikasi	Penanganan
Nyeri hebat di perut bawah (curiga kehamilan ektopik)	1. Waspadaai gejala kehamilan ektopik karena dapat mengancam jiwa. 2. Rujuk fasyankes tingkat lanjut.
Perforasi uteri	1. Jika perforasi dicurigai terjadi saat insersi, hentikan prosedur secepatnya (Keluarkan AKDR jika telah dilakukan insersi). Observasi klien sebaik-baiknya: a. Satu jam pertama, klien harus bed rest dan cek tanda vital tiap 5 sampai 10 menit. b. Jika klien tetap stabil setelah 1 jam, cek tanda perdarahan intra-abdomen seperti hematokrit rendah atau hemoglobin jika memungkinkan dan cek tanda vital.

	2. Observasi beberapa jam lagi, jika tidak ada tanda dan gejala, klien dapat pulang ke rumah tetapi hindari seks selama 2 minggu. Bantu klien untuk memilih metode lainnya. 3. Jika didapatkan nadi cepat dan penurunan tekanan darah, nyeri baru atau peningkatan intensitas nyeri sekitar uterus, segera rujuk. 4. Jika perforasi uteri dicurigai terjadi 6 minggu atau lebih setelah insersi, segera rujuk ke fasyankes tingkat lanjut
copper T keluar sebagian (ekspulsi sebagian)	Keluarkan AKDR dan diskusikan dengan klien apakah tetap ingin menggunakan AKDR atau metode lainnya. (AKDR yang baru dapat langsung dipasang saat itu)
AKDR copper T keluar sempurna (ekspulsi lengkap)	1. Diskusikan dengan klien apakah tetap ingin menggunakan AKDR atau metode lainnya. (AKDR yang baru dapat langsung dipasang saat itu) 2. Jika klien curiga terjadi ekspulsi lengkap tapi tidak tau kapan tepatnya terjadi, sarankan untuk melakukan x-ray atau USG untuk menilainya. Sarankan metode lain selama proses penilaian
AKDR patah	Rujuk ke fasyankes tingkat lanjut
Benang hilang	1. Cek benang dengan prosedur medis yang aman. Sekitar setengah dari kasus hilang benang dapat ditemukan di

	kanalis servikalis. 2. Jika benang tidak dapat ditemukan, pastikan tidak ada kehamilan sebelum melakukan tindakan invasif. Segera rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki USG
Perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan	1. Evaluasi riwayat sebelumnya dan lakukan pemeriksaan pelvis. Diagnosis dan obati dengan tepat. Bila tidak ada perbaikan Rujuk ke Fasyankes Tingkat Lanjut. 2. AKDR tetap dapat digunakan selama proses evaluasi. 3. Jika penyebabnya adalah penyakit radang panggul atau infeksi menular seksual, AKDR tetap dapat digunakan selama pengobatan.
Kehamilan	1. Jelaskan bahwa AKDR dapat mengancam kehamilan dan keluarkan AKDR segera selama benang AKDR masih terlihat. Pada perempuan yang hamil saat AKDR copper T masih terpasang dapat mengalami keguguran, kelahiran prematur atau infeksi 2. Rujuk ke Fasyankes Tingkat Lanjut
2. AKDR Levonorgestrel	
Komplikasi	Penanganan
Tusukan (perforasi) pada dinding rahim oleh	1. Jika perforasi dicurigai terjadi saat insersi, hentikan prosedur secepatnya (keluarkan AKDR jika telah

AKDR LNG yang digunakan pada pemasangan	dilakukan insersi). Observasi klien sebaik-baiknya: - Satu jam pertama, klien harus bed rest dan cek tanda vital tiap 5 sampai 10 menit. - Jika klien tetap stabil setelah 1 jam, cek tanda perdarahan intraabdomen seperti hematokrit rendah atau hemoglobin jika memungkinkan dan tanda vital. Observasi beberapa jam lagi, jika tidak ada tanda dan gejala, klien dapat pulang ke rumah tetapi hindari seks selama 2 minggu. Bantu klien untuk memilih metode lainnya. - Jika didapatkan nadi cepat dan penurunan tekanan darah, nyeri baru atau peningkatan intensitas nyeri sekitar uterus, segera rujuk. 2. Jika perforasi uteri dicurigai terjadi 6 minggu atau lebih setelah insersi, segera rujuk ke fasyankes tingkat lanjut
Nyeri hebat pada perut bagian bawah	3. Bila dicurigai penyakit radang panggul, lakukan pengobatan sesegera mungkin, tidak perlu melepas AKDR jika klien tetap ingin menggunakannya. Jika infeksi tidak membaik, pertimbangkan untuk melepas AKDR dan sambil diberikan antibiotik. Lakukan pengawasan.

	4. Bila curiga kista ovarium, klien dapat melanjutkan menggunakan AKDR LNG selama evaluasi dan pengobatan, dilakukan pengobatan atau rujuk bila kista membesar dengan tidak normal, terpelintir atau pecah. 5. Bila dicurigai kehamilan ektopik rujuk ke fasyankes tingkat lanjut
AKDR keluar sebagian atau seluruhnya	1. Bila keluar sebagian, lepas AKDR, dapat dipasang kembali bila klien tidak hamil. Jika klien tidak ingin melanjutkan penggunaan AKDR, bantu memilih metode lain. 2. Bila keluar seluruhnya atau benang tidak di temukan sedangkan klien tidak tahu apakah AKDR keluar atau tidak, rujuk untuk USG atau x-ray, sementara berikan metode kontrasepsi tambahan untuk klien.
Sangat jarang • Keguguran • Kelahiran prematur atau infeksi pada perempuan hamil dengan AKDR LNG	Rujuk apabila fasilitas kesehatan tidak memungkinkan melakukan penanganan sesuai prosedur
3. Implan	
KOMPLIKASI	PENANGANAN

Infeksi pada tempat insersi	Jangan mencabut implan. 1. Bersihkan area yang terinfeksi dengan sabun dan air atau antiseptik. 2. Berikan antibiotik oral selama 7-10 hari minta klien kembali jika antibiotik telah habis, dan jika tetap terjadi infeksi, cabut implan
Ekspulsi	Jika tidak ada infeksi, ganti batang implan melalui insisi baru dekat dengan batang implan lainnya atau sarankan untuk mengganti implan
Nyeri hebat di perut bawah	1. Biasanya diakibatkan berbagai hal seperti pembesaran folikel ovarium atau kista. 2. Klien dapat terus menggunakan implan selama penilaian. 3. Tidak ada pengobatan khusus, dan biasanya menghilang dengan sendirinya. 4. Jika dicurigai sebagai salah satu gejala kehamilan ektopik, dengan gejala lain berupa: a. Perdarahan pervaginam yang tidak normal, atau tidak menstruasi. b. Pusing. c. Lemas, pingsan. Segera dirujuk ke Fasyankes tingkat lanjut.

Sakit kepala hebat	Implan segera dicabut
4. Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)	
KOMPLIKASI	PENANGANAN
Perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya	1. Rujuk atau evaluasi riwayat sebelumnya dan lakukan pemeriksaan pelvis, diagnosis dan obati dengan tepat 2. Jika penyebab perdarahan tidak dapat ditemukan, ganti metode kontrasepsi (selain implan dan AKDR). 3. Jika perdarahan disebabkan infeksi menular seksual atau penyakit radang panggul, klien tetap dapat melanjutkan metode ini. Kondisi kesehatan yang serius seperti penyempitan pembuluh darah, penyakit hati yang berat, hipertensi yang berat, penyumbatan vena di tungkai atau paru, stroke, kanker payudara atau kerusakan arteri penglihatan, ginjal atau system saraf pusat karena diabetes a. Stop suntikan kontrasepsi. b. Ganti metode kontrasepsi. c. Rujuk ke Fasyankes tingkat lanjut.
Curiga kehamilan	a. Evaluasi kehamilan. b. Stop suntikan jika kehamilan terkonfirmasi
5. Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)	
KOMPLIKASI	PENANGANAN

Perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya	1. Rujuk ke fasyankes tingkat lanjut atau evaluasi riwayat sebelumnya dan lakukan pemeriksaan pelvis, diagnosis dan obati dengan tepat. 2. Jika penyebab perdarahan tidak dapat ditemukan, ganti metode kontrasepsi (selain implan dan AKDR) 3. Jika perdarahan disebabkan infeksi menular seksual atau penyakit radang panggul, klien tetap dapat melanjutkan metode ini. 4. Kondisi kesehatan yang serius seperti penyempitan pembuluh darah, penyakit hati yang berat, hipertensi yang berat, penyumbatan vena di tungkai atau paru, stroke, kanker payudara atau kerusakan arteri penglihatan, ginjal atau system saraf pusat karena diabetes a. Stop suntikan kontrasepsi. b. Ganti metode kontrasepsi. c. Rujuk ke Fasyankes tingkat lanjut.
Curiga kehamilan	1. Evaluasi kehamilan 2. Stop suntikan jika kehamilan terkonfirmasi
6. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)	
Jarang ditemukan komplikasi	
7. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)	
Amenorea	Lakukan anamnesis dan pemeriksaan untuk menentukan kehamilan. Apabila klien hamil maka pil segera dihentikan.

	Amenorea dapat terjadi karena efek hormonal.
Mual, muntah dan pusing	Apabila klien tidak hamil maka sarankan untuk minum pil saat makan atau sebelum tidur
Perdarahan pervaginam	Dilakukan konseling untuk meminum pil pada waktu yang sama dan jelaskan bahwa perdarahan umum terjadi pada 3 bulan pertama dan akan segera berhenti. Bila perdarahan tetap terjadi maka sarankan untuk mengganti metode kontrasepsi.
8. Kondom	
Tidak ada komplikasi	
9. TUBEKTOMI	
Infeksi	Dapat diberikan antibiotik dan bila terdapat abses dapat dilakukan drainase.
Demam pasca operasi	Obati infeksi berdasarkan apa yang ditemukan.
Luka pada kandung kemih atau intestinal	Dilakukan konsultasi dan penanganan luka
Hematoma	Gunakan packs yang hangat dan lembab
Emboli gas	Resusitasi dan tatalaksana emboli
Nyeri pada lokasi pembedahan	Tatalaksana sesuai dengan derajat nyeri dan pastikan apakah ada infeksi

Perdarahan superfisial	Mengontrol perdarahan dan obati berdasarkan temuan,
Saat dilakukan anastesi	
a. Reaksi hipersensitivitas	1. Pemberian anastesi lokal secara perlahan-lahan dengan dosis sesuai berat badan. 2. Bila terjadi penyulit seperti diatas, lakukan langkah tindakan: a. Hentikan pemberian anastesi b. Baringkan klien dalam posisi Trendelenburg dengan sudut miring tidak melebihi 15°. c. Evaluasi tanda-tanda vital. Jaga agar saluran napas tetap terbuka d. jika ada sumbatan harus dibersihkan dan pasang spatel lidah, beri oksigen dengan tekanan gas serendah mungkin dan harus dimonitor dengan gas meter e. Reaksi alergiBiasanya responsif terhadap pemberian antihistamin. Reaksi yang lebih hebat mungkin memerlukan glukokortikoid sistemik seperti metilprednisolon atau deksametason
b. Penyulit pada sistem kardiovaskular, misalnya aritmia, depresi miokard, atau	Aritmia jantung akan mereda setelah beberapa waktu bila hemodinamik dapat dipertahankan. Untuk aritmia dengan curah jantung yang minimal atau pada kasus asystole,

hipotensi, dan fibrilasi ventrikula c. Penyulit pada susunan saraf pusat, misalnya rasa ringan kepala, rasa metalik pada mulut, rasa kaku pada lidah dan bibir, ucapan tak jelas atau tinnitus	diperlukan resusitasi jantung paru. Hipotensi diatasi dengan pemberian cairan, vasokonstriktor perifer seperti fenilefrin. Klien ditidurkan dalam posisi mendatar dengan tungkai diangkat 30-40 cm. Bila curah jantung menurun, berikan juga inotropik seperti dopamine. Keracunan SSP oleh anestesi lokal diperberat oleh hiperkarbia. Cara mengatasinya diberikan diazepam i.v.(0,1 mg/kg) atau tiopental (2 mg/kg) untuk mengatasi kejang
Saat Tindakan a. Jika pemberian larutan anestesi tidak cukup/tepat maka akan menimbulkan rangsangan peritonium dengan gejala nyeri, mual, muntah, sampai syok. b. Dapat terjadi	Tambahkan anestesi, tetapi tidak melebihi dosis maksimal. Perdarahan berlebih hal ini dapat dicegah dan diatasi dengan cara hemostatis yang cermat

perdarahan yang berlebihan.	
Pasca Tindakan	
a. Infeksi	Jika luka basah, kompres (menggunakan zat yang tidak merangsang), jika luka kering gunakan salep antiseptic
b. Hematoma	Jika perdarahan tidak terlalu progresif, penanganan cukup dengan cara konservatif yakni dikompres menggunakan es batu. Jika perdarahan progresif, maka harus dioperasi dan jika tidak dapat ditangani, segera Rujuk
c. Granuloma sperma	1. Edukasi untuk tidak ejakulasi selama 1 minggu pasca prosedur untuk pencegahan granuloma sperma 2. Bila asimtomatik dilakukan observasi 3. Bila nyeri dapat diberikan analgetik. Bila rasa nyeri persisten dapat dilakukan eksisi sperma granuloma dan mengikat kembali vas deferens
10. Vasektomi	
KOMPLIKASI	PENANGANAN
Pasca Tindakan	
Penyumbatan pembuluh darah (blood clot)	1. Biasanya akan sembuh sendiri dalam beberapa minggu. 2. Jika penyumbatan besar akan membutuhkan penanganan bedah, segera rujuk

Abses	1. Lakukan prosedur antiseptik. 2. Drainase abses 3. Berikan antibiotik selama 7-10 hari. 4. Jika terjadi sepsis, segera dirujuk
Nyeri yang berlangsung lebih dari 1 bulan	1. Disarankan untuk menggunakan pakaian dalam yang dapat menyangga skrotum. 2. Dikompres dengan air hangat. 3. Boleh diberikan antinyeri. 4. Jika tidak ada perbaikan, segera Rujuk.
Jangka Panjang	
Antibodi sperma	Terbentuk jika spermatozoa masuk ke dalam jaringan. Sampai saat ini tidak ditemui penyulit yang disebabkan antibodi sperma
Rekanalisasi spontan	Melakukan kembali VTP, lakukan interposisi yakni dibuat barier vasia antara puntung testikuler dan puntung abdominal

Tabel 2.20. Tabel Komplikasi dan penanganan Kontrasepsi

4. Pelayanan Komplementer pada pasien KB

Pelayanan komplementer pada pasien KB adalah pelayanan tambahan non-medik yang diberikan bersamaan dengan pelayanan KB standar, bertujuan meningkatkan kenyamanan, kepatuhan, keamanan,

dan keberhasilan penggunaan kontrasepsi. Pelayanan ini tidak menggantikan tindakan medis, tetapi melengkapi pelayanan KB.

a. Kenuntungan

1. Meningkatkan kenyamanan klien

Klien merasa lebih tenang dan aman saat menggunakan kontrasepsi.

2. Meningkatkan kepatuhan penggunaan KB

Edukasi dan konseling membantu klien menggunakan KB dengan benar dan teratur.

3. Mengurangi kecemasan dan ketakutan

Dukungan psikologis membuat klien lebih percaya diri dalam memilih metode KB.

4. Mendeteksi efek samping lebih dini

Pemantauan rutin mencegah komplikasi akibat kontrasepsi.

5. Meningkatkan keberhasilan program KB

Angka putus pakai (drop out) KB dapat ditekan.

6. Meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi

Klien memahami tubuh, siklus haid, dan kesuburan dengan lebih baik.

7. Mendorong keterlibatan pasangan dan keluarga

Dukungan suami/keluarga meningkatkan keberlanjutan penggunaan KB.

8. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan

Pelayanan menjadi lebih holistik dan berfokus pada kebutuhan klien.

b. Prinsip pelayanan komplementer pada pasien KbPelayanan

harus tidak membahayakan klien, sesuai

c. Aman (Safety First)

kondisi kesehatan dan tidak mengganggu efektivitas kontrasepsi.

1. Melengkapi, bukan menggantikan

Asuhan komplementer tidak menggantikan pelayanan medis KB, tetapi mendukung dan memperkuatnya.

2. Berpusat pada klien (Client-Centered Care)

Menghormati hak, pilihan, kebutuhan, dan kenyamanan klien dalam memilih metode KB.

3. Berdasarkan evidence-based practice

Tindakan yang diberikan berdasarkan bukti ilmiah dan praktik kebidanan yang aman.

4. Sukarela dan tanpa paksaan

Klien bebas menerima atau menolak pelayanan komplementer setelah mendapatkan informasi yang cukup.

5. Edukasi dan pemberdayaan

Pelayanan bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kemandirian klien dalam penggunaan KB.

6. Kerahasiaan dan etika

Menjaga privasi, kerahasiaan data, dan etika profesional dalam pelayanan KB.

7. Kontinuitas dan evaluasi

Dilakukan secara berkelanjutan dengan pemantauan dan evaluasi hasil pelayanan.

Tabel Pelayanan komplementernpasien KB

No	Pelayanan Komplementer	Tujuan	Contoh Tindakan	Manfaat
1	Konseling KB Individual	Membantu klien memilih metode KB yang sesuai	Penjelasan jenis KB, cara kerja, efek samping	Klien paham dan yakin memilih KB
2	Dukungan Psikologis	Mengurangi kecemasan klien	Komunikasi terapeutik sebelum pemasangan KB	Klien lebih tenang dan nyaman
3	Edukasi Kesehatan Reproduksi	Meningkatkan pengetahuan klien	Edukasi siklus haid, masa subur, tanda bahaya	Penggunaan KB lebih aman
4	Relaksasi Napas Dalam	Mengurangi nyeri dan ketegangan	Teknik napas saat suntik, IUD, atau implan	Meningkatkan kenyamanan
5	Pemantauan Efek Samping	Deteksi dini komplikasi	Follow-up perdarahan, nyeri, mual	Mencegah efek samping berat
6	Edukasi Gaya Hidup Sehat	Mengurangi efek samping KB	Edukasi nutrisi, aktivitas fisik	Kesehatan klien lebih terjaga
7	Pelibatan Suami / Pasangan	Meningkatkan dukungan KB	Konseling KB bersama pasangan	Kepatuhan KB meningkat
8	Konseling Pasca Pelayanan KB	Menjamin keberlanjutan KB	Edukasi jadwal kontrol & tanda bahaya	Keberhasilan KB lebih tinggi

6. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

i. Tujuh Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

1. Langkah I: Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2. Langkah II: Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Masalah bisa menyertai diagnosa. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.

3. Langkah III: Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan.
Penting untuk melakukan asuhan yang aman.

4. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

6. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaanya.

7. Langkah VII: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah

diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Handayani dan Triwik, 2017).

ii. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode Soap

Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas dan logis.

a. Data subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. Data objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif,

maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencataan seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya (Handayani dan Triwik, 2017)

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN

(KEHAMILAN KUNJUNGAN I)PADA NY. “A”

DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM KABUPATEN SOLOK

Nama Pengkaji : Yeni Marlinda
Tanggal : 22-12-2025
Jam : 11.00.WIB

A. Data Subjektif

1. Identitas

Nama ibu	: Ny. A	Nama suami	: Tn. M
Umur	: 24 tahun	Umur	: 26 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Minang	Suku	: Minang
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Jorong Lipek Pageh		

2. Alasan Kunjungan : Kontrol ulang
keluhan utama : Tidak ada

3. Riwayat menstruasi

- Siklus (teratur/tidak) : Teratur
- Lamanya : 6-7 hari
- Banyaknya : 2 kali ganti pembalut perhari
- Disminorhea : tidak

4. Riwayat kehamilan ,persalinan dan nifas yang lalu

No	Tgl Lahir/ umur	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Komplikasi		Penolong	BBL		Nifas		
					Ibu	Bayi		B B	P B	Komplikasi	Laktasi	Kelahiran
1.	12-4-2021	aterm	spontan	Bidan	Tidak ada		Bidan	2800 gr	48 cm	Tidak ada	+	Tidak ada
2.	Kehamilan ini											

5. Riwayat perkawinan

Ini adalah perkawinan pertama kali. Kawin pertama umur 20 tahun

6. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan selama 3 tahun, dan selama memakai alat kontrasepsi suntik ibu mengeluh tidak ada haid.

7. Riwayat ANC

- 1) HPHT : 10-05-2025
- 2) TP : 17-02-2026
- 3) Usia Kehamilan : 32 -33 minggu
- 4) Frekuensi Kunjungan ANC

Kunjungan pertama, telah melakukan test pack mandiri pada tanggal 14-07-2025 dengan hasil dua garis merah pertama ibu mengatakan BB sebelum hamil 45 kg, ibu di USG oleh dokter puskesmas Sungai Nanam dengan hasil yang ada dalam buku KIA ibu positif hamil dengan adanya kantong janin. Hasil skrining kejiwaan ibu saat kunjungan pertama menunjukkan bahwa kesehatan jiwa ibu baik karena tidak menunjukkan gejala gangguan kejiwaan. Hasil pemeriksaan laboratorium tercatat: Golongan darah A, Hb 12,4 gr%, pemeriksaan malaria hasilnya nonreaktif, Golongan darah "A", HBsAg Nonreaktif, HIV nonreaktif, Sifilis nonreaktif.,

Kunjungan kedua, dilakukan di Posyandu pada tanggal 05-09-2025 saat usia kehamilan 20-21 minggu.

Kunjungan ketiga, dilakukan di Klinik dokter SPOG pada tanggal 18-11-2025 saat usia kehamilan 27-28 minggu.

- Pola Keseharian

- 1) Pola nutrisi

- Makan : 3 kali sehari dengan porsi sedang.

Ibu rata-rata makan nasi putih 1 piring sedang dengan lauk ikan/ayam ukuran sedang dan ½ mangkok kecil sayur

- Minum : 4-5 gelas per hari

- 2) Pola eliminasi

- BAB : 1 kali sehari

- BAK : 5-6 kali sehari

- 3) Pola aktivitas pekerjaan : pekerjaan rumah tangga dibantu oleh suami

- 4) Pola istirahat dan tidur : tidur malam 7-8 jam dan siang 1-2 jam

- 5) Pola seksualitas : 1 kali seminggu dan tidak ada keluhan

- Personal Hygiene

- 2) Mandi : 2 kali sehari
- 3) Menggosok gigi : 2-3 kali sehari
- 4) Mengganti pakaian dalam : 2-3 kali sehari

• Imunisasi : TT1

8. Riwayat kesehatan

- Penyakit sistemik yang pernah atau sedang diderita ibu
Tidak sedang atau pernah menderita penyakit menurun seperti hepatitis, HIV, TBC, anemia, asma, jantung, hipertensi DM, dan IMS.
- Riwayat kesehatan keluarga
Keluarga tidak ada yang sedang atau pernah menderita penyakit menurun seperti hepatitis, HIV, TBC, anemia, asma, jantung, hipertensi DM, dan IMS.
- Riwayat keturunan kembar: tidak ada
- Riwayat alergi : tidak ada alergi makanan, obat-obatan atau yang lainnya
- Kebiasaan : tidak merokok, tidak minum jamu

9. Psikososial Spiritual

- Riwayat perkawinan
Ibu menikah 1 kali saat berusia 21 tahun, lama menikah ± 3 tahun
- Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilan
Ini merupakan kehamilan kedua, kehamilan ini direncanakan dan mendapatkan dukungan penuh dari suami dan keluarga
- Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami
- Lingkungan yang berpengaruh
Tidak ada tradisi khusus yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Dirumah tidak ada hewan peliharaan.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan fisik

- Keadaan umum : baik
- Kesadaran : compos mentis
- Tanda-tanda vital

- 1) Tekanan darah : 110/70 mmHg
- 2) Nadi : 78 kali permenit
- 3) Suhu : 36,6°C
- 4) Pernapasan : 18 kali permenit
- 5) Berat badan : 54 Kg
- 6) Tinggi badan : 150 cm
- 7) MT : 20
- 8) LiLA : 24,5 cm

2. Head to Toe

Kepala dan wajah

- 1) Edema wajah : tidak ada
- 2) Cloasma gravidarum : tidak ada
- 3) Mata : konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning
- 4) Mulut dan gigi : tidak ada stomatitis dan caries

Leher

- 1) Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran
- 2) Kelenjar limfe : tidak ada pembengkakan

• Dada dan payudara

- 1) Dada : tidak ada retraksi dan wheezing
- 2) Payudara : areola hiperpigmentasi, puting susu tumpul dan bersih

• Abdomen

- 1) Bekas luka : tidak ada
- 2) Strie gravidarum: tidak ada
- 3) Linea nigra : ada
- 4) Leopold I : TFU pertengahan Px-pusat,pada bagian fundus teraba Bahian lunak,bundar tidak melenting
- Leopold II : pada bagian kanan perut ibu teraba bagian keras memapan dan memanjang
- Leopold III : pada bagian bawah perut ibu teraba keras bundar dan melenting
- Leopold IV : belum dilakukan
- Aukultasi : BJA 144x/menit

5) Mc Donald : 28 cm

Ekstremitas atas dan bawah

Edema : tidak ada

Varices : tidak ada

Reflek patella : positif

Kuku : tidak pucat

3. Pemeriksaan penunjang

Hb : 13 gr %

C. Assasment

Ibu hamil G2P1A0H1, UK 32-33 minggu, janin hidup, tunggal, pu-ki let-kep U, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik.

D. Penatalaksanaan

Hari /Tgl /Jam	Penatalaksanaan	Paraf Petugas
Senin/22 Des 2025 11.35 Wib	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa semua hasil pemeriksaan baik dan usia kehamilan ibu sudah 32-33 minggu. E: Ibu senang mendengar hasil pemeriksaannya	Yeni Marlinda
Senin/22 Des 2025 11.40 Wib	Menganjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi yang cukup seperti makanan yang mengandung karbohidrat (40 gram) 2-3 porsi sehari, protein (20 gram) 2-3 porsi sehari, mineral 8 gelas perhari, buah-buahan konsumsi 2-3 porsi perhari serta makanan yang mengandung zat besi (daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan) sebab ibu membutuhkan energi untuk proses persalinan nanti. E: Ibu sudah memahami penjelasan bidan.	Yeni Marlinda
Senin/22 Des 2025 11.45 Wib	Memberikan penkes tentang bahaya asap rokok bagi ibu hamil dan janin yaitu dapat menyebabkan bayi lahir prematur, terjadi gangguan saluran pernafasan yang dapat menyebabkan penyakit jantung bawaan baik pada ibu maupun janin yang dikandung.	Yeni Marlinda

	E: Ibu sudah mengetahui bahaya asap rokok bagi kehamilan.	
Senin/22 Des 2025 11.50 Wib	Memberitahu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III kepada ibu yaitu: muntah terus dan tidak mau makan, demam tinggi, bengkak pada kaki, tangan dan wajah, janin kurang bergerak, perdarahan dan air ketuban keluar sebelum waktunya. E: Ibu sudah mengetahui tanda-tanda bahaya kehamilan yang dijelaskan bidan.	Yeni Marlinda
Senin/22 Des 2025 11.55 Wib	Memberikan tablet Fe dan mengingatkan kembali ibu cara dan saat meminumnya yaitu Paling baik diminum saat perut kosong (± 1 jam sebelum makan atau 2 jam setelah makan) karena penyerapan lebih optimal diminum dengan air putih dan lebih baik lagi diminum dengan air sirup (vit.C) dengan dosis 1x1. E: Ibu paham dan mengerti cara meminum Fe	Yeni Marlinda

TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN
(KEHAMILAN KUNJUNGAN II)PADA NY. “A”
DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM KABUPATEN SOLOK

Nama Pengkaji : Yeni Marlinda
Tanggal : 24-01-2026
Jam : 10.00 WIB

1. Data Subjektif

- a. Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat kunjungan pertama
- b. Ibu mengeluh sering BAK

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compos mentis
- 3) Berat badan : 56 Kg
- 4) Lila : 24,5 Cm
- 5) Tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 78 kali permenit
 - Suhu : 36,5°C
 - Pernapasan : 16 kali permenit

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Head to Toe
 - Kepala dan wajah
 - 1) Edema wajah : tidak ada
 - 2) Cloasma gravidarum : tidak ada
 - 3) Mata : konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning
 - 4) Mulut dan gigi : tidak ada stomatitis dan caries
- 5) Leher
 - Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran
 - Kelenjar limfe : tidak ada pembengkakan
6. Dada dan payudara : tidak ada retraksi dan wheezing
areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol dan bersih
7. Abdomen
 - Bekas luka : tidak ada
 - Striae gravidarum: tidak ada
 - Linea nigra : ada
8. Leopold I : TFU 3 jari bawah PX, pada bagian fundus

teraba Lunak bundar tidak melenting

Leopold II : pada bagian kanan perut ibu teraba bagian
keras memapan dan
memanjang

Leopold III : pada bagian bawah perut teraba bagian
bundar keras tidak
melenting, tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : Konvergen

Aukultasi : BJA 140 x/menit.

Mc Donald : 30 cm

9. Ekstremitas atas dan bawah

Edema : tidak ada

Varices : tidak ada

Reflek patella : positif

Kuku : tidak pucat

E. Assasment

Ibu hamil G2P1A0H1, UK 36-37 minggu, janin hidup, tunggal, pu-ki let-kep
⤴, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik.

F. Penatalaksanaan

Hari /Tgl /Jam	Penatalaksanaan	Paraf Petugas
Sabtu/24 Januari 2026 10.35 Wib	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa semua hasil pemeriksaan baik dan usia kehamilan ibu sudah 36-37 minggu. E: Ibu senang mendengar hasil pemeriksaannya	Yeni Marlinda
Sabtu/24 Januari 2026 10.40 Wib	Menjelaskan kepada ibu penyebab sering BAK terjadi karena kepala janin yang semakin turun mengakibatkan tertekannya kandung kemih ibu, dan ibu juga harus menjaga kebersihan pada daerah kemaluan ibu jangan biarkan sampai lembab, ibu harus mengganti pakaian dalam jika sudah terasa basah.	Yeni Marlinda

	E: Ibu sudah mengerti apa penyebab sering BAK.	
Sabtu/24 Januari 2026 10.45 Wib	Memberikan penkes tentang Persiapan Persalinan dan Komplikasi (P4K) ,persiapan persalinan diantaranya penentuan tempat bersalin,pendamping saat persalinan,transportasi,dana/jaminan Kesehatan,calon pendonor darah bila sewaktu-waktu dibutuhkan. E: Ibu sudah mengetahui dan paham dengan P4K	Yeni Marlinda
Sabtu/24 Januari 2026 10.50 Wib	Menjelaskan tanda-tanda persalinan yaitu: Sakit pinggang menjalar ke ari-ari,sakit teratur semakin lama semakin sering ditandai dengan adanya keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir ibu,dan mengingatkan ibu bila ada tanda-tanda seperti yang diatas untuk segera menghubungi petugas kesehatan E: Ibu sudah mengetahui tanda-tanda persalinan dan berjanji akan langsung menghubungi petugas bila mengalami tanda seperti yang dijelaskan.	Yeni Marlinda
Sabtu/24 Januari 2026 10.55 Wib	Menjelaskan tanda bahaya persalinan yaitu : keluar air-air dari jalan lahir tanpa rasa sakit,keluar darah dengan/tampa rasa sakit, anak tidak terasa bergerak, ibu demam tinggi, pusing, nyeri ulu hati, penglihatan kabur, bengkak di wajah, tangan dan kaki. E: Ibu sudah mengetahui tanda-tanda bahaya persalinan dan berjanji akan langsung menghubungi petugas bila mengalami tanda seperti yang dijelaskan.	Yeni Marlinda

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (PERSALINAN)

PADA NY. “A” DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM

KABUPATEN SOLOK

KALA I

Nama Pengkaji : Yeni Marlinda

Tanggal : 16-02-2026

Jam : 09.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

1. Alasan masuk ruang bersalin :

Ibu mengatakan ingin bersalin, ibu hamil ke 2.

2. Keluhan utama:

Ibu mengatakan perutnya terasa mules sejak pukul 02.00 wib, serta keluar lendir darah sejak pukul 03.30 WIB.

Ibu mengatakan makan terakhir pukul 08.00 WIB dengan lontong sayur, minum terakhir pukul 08.30 WIB. Ibu sudah BAB sebelum sholat subuh (05.00 WIB) dan dan BAK terakhir pukul 08.20 WIB.

Ibu mengatakan ada tidur tadi malam hanya lebih kurang 5 jam saja

3. Tanda-tanda persalinan

- a. Kontraksi : ada
- b. Sejak tanggal : 16-02-2026
- c. Pukul : 05.30 Wib
- d. Frekuensi : 3x dalam 10 menit
- e. Lamanya : 35 detik
- f. Kekuatan : Kuat
- g. Lokasi ketidak nyamanan : Perut sampai ke pinggang

4. Pengeluaran pervaginam

- a. Lendir darah : Ada
- b. Air ketuban : Tidak ada.
- c. Darah : Tidak ada

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. HPHT : 10 Mai 2025
- b. TP : 17 Februari 2026

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 82 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit

Suhu : 36,5°C

d. BB sekarang : 60 kg

2. Pemeriksaan khusus

a. Wajah : tidak pucat dan tidak oedema

b. Mata : konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik

c. Payudara : simetris, tidak teraba benjolan, areola
hiperpigmentasi, papilla tumpul, colostrum (+).

d. Abdomen

Inspeksi : tidak ada bekas luka operasi, ada striae
gravidarum, pembesaran sesuai dengan usia
kehamilan.

Palpasi

- Leopold I : TFU $1\frac{1}{2}$ pusat-px, pada bagian atas perut ibu teraba
bundar, lunak, tidak melenting.

- Leopold II : pada bagian kanan perut ibu teraba panjang, keras,
memapan dan pada bagian kiri perut ibu teraba
bagian bagian kecil janin.

- Leopold III : pada bagian bawah perut ibu teraba keras, bulat,
melenting dan tidak dapat digoyangkan.

- Leopold IV : divergen

TFU : 30 cm
TBBJ : 2.945 gram
Perlimaan : 3/5
Blass : tidak teraba

Auskultasi

DJJ : 140 x/menit, kuat dan teratur
Punctum max : kuadran kanan perut ibu
HIS : 3x10'35"

e. Genitalia

Eksterna : terdapat lendir bercampur darah dari kemaluan,
tidak ada massa.

Pemeriksaan dalam

- Atas indikasi : inpartu
- Dinding vagina : tidak ada massa
- Penipisan porsio : 50%
- Pembukaan : 4 cm
- Ketuban : utuh
- Letak : kepala
- Presentasi : belakang kepala
- Posisi janin : UUK kanan
- Molase : tidak ada

f. Anus : tidak ada hemoroid

g. Ekstremitas

Atas : tidak ada oedema dan sianosis

Bawah : tidak ada oedema, varises dan sianosis

Reflek patella : kiri kanan (+)

C. ASSESMENT

G2P10H1 UK 39-40 minggu inpartu kala 1 fase aktif dengan KU ibu dan janin baik.

D. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum ibu dan janin baik.

E: Ibu dan keluarga mengerti dengan informasi yang diberikan.

2. Menganjurkan suami untuk memberikan ibu cairan dan nutrisi yaitu dengan minum air dan makan guna untuk memenuhi kebutuhan dan energi ibu disaat bersalin.

E: Suami bersedia memberikan ibu makan dan minum.

3. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.

E: Ibu mengerti dan bersedia untuk tidak menahan BAK.

4. Mengatur posisi ibu dengan nyaman tanpa membahayakan janin dengan posisi aman dan nyaman. Adapun posisi persalinan dapat dilakukan diantaranya: Litotomi, setengah duduk, miring, jongkok, berlutut, merangkak, dan berdiri tegak.

E: Ibu sudah memilih posisi yang aman dan nyaman dalam proses persalinannya

5. Memberikan support mental dan menganjurkan ibu untuk selalu berdoa sesuai dengan keyakinannya untuk kelancaran persalinannya dan keselamatan ibu dan bayinya.

E: Ibu sudah tidak merasa cemas lagi.

6. Memberikan penkes kepada keluarga dan melakukan Effleurage massage pada ibu untuk mengurangi nyeri persalinan dimana his ibu 3x10'35". Effleurage massage merupakan teknik pijatan dengan menggunakan telapak jari tangan dengan pola gerakan melingkar pada abdomen, pinggang atau paha. Effleurage Massage dapat memberikan efek relaks dan tenang. Effleurage atau pijatan pada abdomen yang teratur dengan latihan pernapasan selama kontraksi digunakan untuk mengalihkan wanita dari nyeri selama kontraksi. Effleurage massage merupakan aplikasi dari Gate Control Theory karena pada teknik ini dilakukan stimulasi kulit dengan cara memijat permukaan tubuh yang hasilnya akan lebih maksimal bila dilakukan tanpa penghalang berupa pakaian. Selain itu bidan juga memberikan aromaterapi lavender kepada ibu bersalin. Aromaterapi lavender dipercaya sebagai terapi komplementer untuk menurunkan intensitas nyeri yang berpengaruh terhadap otak sehingga menenangkan pada saat persalinan. Aromaterapi ini dapat membantu meringankan stress, antidepresan, meningkatkan memori, meningkatkan jumlah energi, menghilangkan rasa sakit, bisa merangsang reseptor sensori dan mempengaruhi organ yang lainnya hingga mengontrol emosi. Aromaterapi dapat digunakan dengan cara dihirup atau dioleskan pada kulit ibu untuk dipijat dan di kombinasikan dengan inner oil. Aromaterapi lavender dapat

mempengaruhi system limbik di otak yang merupakan sentralnya emosi dan mampu menghasilkan hormon endorphin dan enkefalin yang mempunyai sifat penghilang rasa nyeri dan serotonin yang mempunyai efek menghilangkan rasa cemas dan tegang. Karena aromaterapi lavender mempunyai sifat-sifat antikonvulsan, antidepresan, anxiolytic dan bersifat menenangkan ibu pada saat proses persalinan. Cara pemberian aromaterapi lavender jenis essensial oil diaplikasikan menggunakan humidifier dengan 4 tetes essensial oil dicampur air bersih sampai batas yang telah ditentukan dan dinyalakan didalam ruangan persalinan selama 30 menit yang dilakukan oleh bidan pada kala 1 fase aktif. Kemudian pastikan ibu merasa nyaman pada saat dan setelah diberikan aromaterapi tersebut.

E: Saat dilakukan tindakan effleurage massage dan pemberian aromaterapi lavender, keluarga sangat mendukung, memperhatikan dan mau melibatkan diri. Setelah dilakukan effleurage massage dan pemberian aromaterapi lavender, ibu merasakan nyaman, rileks, serta nyeri yang ibu rasakan sedikit berkurang.

7. Memberikan penkes tentang cara meneran yang baik dan benar yaitu dengan Tarik dan hembuskan nafas perlahan, ambil nafas dalam-dalam melalui hidung dan biarkan perut menggebu, setelah itu hembuskan nafas melalui bibir yang mengerucut, menyuruh ibu mengedan dengan kedua tangan ibu merangkul kedua pangkal paha dan dagu ibu diteguk kedada, mata ibu tetap terbuka sehingga ibu bisa melihat pengeluaran bayinya, dilakukan ketika pembukaan lengkap dan his yang kuat.

E: Ibu mengerti dengan cara mengedan yang benar

8. Menyiapkan tempat, alat-alat partus, dan obat untuk menolong persalinan.

E: Tempat, alat-alat partus dan obat sudah disiapkan

9. Melakukan pengawasan kala I yaitu observasi keadaan ibu dan janin serta kemajuan persalinan berupa observasi DJJ dan kontraksi (HIS) tiap 30 menit, nadi dan pernafasan tiap 30 menit, tekanan darah dan suhu tiap 4 jam, pemeriksaan dalam (penurunan kepala, pembukaan, ketuban, dan penyusupan) tiap 4 jam di patograf.

E: Pengawasan kala I telah dilakukan di patograf. Hasil pada pukul 12.00

WIB pembukaan lengkap, ketuban sudah pecah, DJJ 144 x/i.

KALA II

Pukul 12.05 WIB

A. Subjektif:

Ibu mengatakan sakitnya semakin sering dan kuat, lendir dan darah semakin banyak yang keluar, ada rasa ingin BAB dan ada rasa ingin meneran.

B. Objektif:

VT: pembukaan 10 cm, dinding vagina tidak ada massa, portio tidak teraba, ketuban jernih, moulase (0), presentasi belakang kepala, UUK depan, Hodge IV. TD: 120/70 mmHg, Nadi: 80 kali/menit, Pernafasan: 22 kali/menit, Suhu: 36,5° C. DJJ: 140x/menit, kuat dan teratur.

C. Analisis:

G2P1A0H1 UK 39-40 mg inpartu kala II, KU ibu dan janin baik.

D. Penatalaksanaan:

1. Menginformasikan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap pukul 12.00 WIB ketuban sudah pecah serta keadaan umum ibu dan janin baik. Sekarang ibu akan bersalin dan ibu boleh meneran pada saat ada his.

E: Ibu paham dengan informasi yang diberikan

2. Mempersiapkan diri memakai APD (memakai celemek, cuci tangan, memakai handscoon steril).

E: APD sudah terpakai.

3. Memberikan ibu support mental untuk tetap tenang dan meyakinkan ibu bisa melalui persalinannya.

E: Ibu sudah merasa sedikit tenang.

4. Memberikan ibu minum diantara kontraksi

E: Ibu sudah meminum air putih ½ gelas

5. Mengajarkan ibu posisi bersalin yang benar

E: Ibu posisi litotomi

6. Mengajarkan ibu cara mengejan yang benar. Cari posisi yang nyaman, posisikan dagu diatas dada dan tarik kaki kearah dada. Posisi ini akan membantu semua otot-otot bekerja dengan baik, ambil napas dalam-dalam ketika kontraksi datang, lalu tahan, kemudian kencangkan otot-otot perut dan mulai mengejan. Lakukan meneran dengan lembut untuk menghindari robeknya perenium dan dinding vagina, beristirahat diantara waktu kontraksi untuk menambah energi.

E: Ibu mengerti cara mengejan yang benar

7. Melakukan pertolongan persalinan, yaitu vulva hygiene, mendekatkan semua alat, meletakan handuk diatas perut ibu, mendekatkan partus set,

mematahkan ampul oxytosin, cuci tangan lalu memasang hand soon sebelah kanan, lalu memasukan oxytosin kedalam spuit dengan teknik satu tangan, lalu memasang hand soon sebelah kiri, lalu meletakkan duk dibawah bokong ibu dan meminta keluarga untuk mendampingi persalinan untuk memberi ibu semangat. Melakukan pertolongan persalinan saat kepala 5-6 cm di depan vulva, lindungi kepala janin, tahan perenium dengan tangan kanan, saat kepala keluar periksa lilitan tali pusat, setelah kepala lahir tunggu putaran paksi luar yang berlangsung spontan, setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal, hingga bagian depan muncul dibagian bawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, dan tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua mata kaki) dan pegang kedua kaki dengan melingkari ibu jari dan pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk.

E: Pertolongan persalinan telah dilakukan sesuai APN. Bayi lahir spontan pukul 12.30 WIB, jenis kelamin perempuan, menangis kuat, warna kemerahan, tonus otot baik.

8. Melakukan penanganan BBL yaitu mengeringkan bayi, membersihkan jalan nafas dari mulut dan hidung menggunakan kassa, klem tali pusat, dan

letakkan klem kedua 2-3 cm dari klem pertama ke arah plasenta, lalu potong antara kedua klem dengan posisi tangan melindungi bayi dari ujung gunting dan ikat tali pusat, kemudian bayi diletakkan diantara kedua payudara ibu untuk melakukan IMD dengan cara letakan bayi dengan tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi, luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel ke dada ibu, usahakan kepala bayi berada pada kedua payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu, selimuti bayi dengan kain kering dan hangat kemudian pasang topi di kepala bayi, biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

E: Bayi lahir pukul: 12.30 WIB, Jenis kelamin: perempuan, bayi bugar dan IMD telah dilakukan.

KALA III

Pukul: 12.30 WIB

A. Subjektif

- Ibu senang dan bersyukur dengan kelahiran bayinya
- Ibu mengatakan nyeri dan mules pada perut bagian bawah

B. Objektif

- KU : Baik
- Kesadaran : Composmentis

- Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi baik, bentuk uterus keras, blass minimal, uterus globular, tidak ada janin kedua.
- Genitalia : terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta (adanya semburan darah secara tiba-tiba, tali pusat memanjang)
- Volume darah : ± 150 cc

C. Analisis

Ibu inpartu kala III, KU ibu baik

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan pada ibu bahwa bayinya telah lahir dan akan dilakukan pengeluaran plasenta.
E: Ibu senang bayinya telah lahir.
2. Memenuhi nutrisi ibu dengan memberikan minum air putih.
E: Ibu telah meminum 1/2 gelas air putih.
3. Melakukan manajemen aktif kala III yaitu, menyuntikan oksitosin 10 unit secara IM di sepertiga paha luar ibu telah diberikan, lalu memindahkan klem tali pusat 5-6 cm dari arah depan vulva, letakan satu tangan pada perut bawah ibu, tangan lainnya memegang klem untuk meregangkan tali pusat, pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri, kemudian lakukan penegangan tali pusat terkendali, setelah tampak tanda-tanda pelepasan plasenta, kemudian tangan kanan menegangkan tali pusat dan tangan kiri menekan supra simfisis secara dorso kranial, saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar

plasenta searah jarum jam sehingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan, lalu masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi selama 15 detik sambil memeriksa kelengkapan plasenta.

E: manajemen aktif kala III telah dilakukan, plasenta lahir spontan pukul 12.40 WIB, jumlah kotiledon lengkap, selaput ketuban utuh dan panjang tali pusat sekitar 50 cm.

KALA IV

Pukul: 12.40 WIB

A. Subjektif

- Ibu mengatakan sangat senang karena proses persalinan berjalan dengan lancar
- Ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah

B. Objektif

Data umum: KU: baik, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi: 82 kali/menit, Pernafasan: 20 kali/menit, Suhu: 36,7°C

Data khusus: Abdomen: kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kandung kemih minimal, plasenta lahir lengkap, laserasi tidak ada, volume darah $\pm$ 150 cc.

C. Analisis

Ibu parturien kala IV

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan pada ibu bahwa keadaan ibu dan janin baik dan proses kelahiran telah selesai.

E: Ibu senang dengan informasi yang diberikan

2. Memeriksa kontraksi uterus serta mengajarkan keluarga untuk massase dan menilai kontraksi uterus.

E: Kontraksinya baik, keluarga dapat melakukan massase dan menilai kontraksi.

3. Menghitung jumlah perdarahan.

E: Perdarahan $\pm$ 150 cc.

4. Membersihkan darah sekitar tubuh ibu dan mengganti underpad. Mengganti pakaian ibu dengan yang bersih dan menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihannya.

E: Ibu sudah dibersihkan, underpad sudah diganti, dan pakaian ibu telah diganti.

5. Membuang sampah medis dan non medis ke dalam tempat sampah yang disediakan dan dekontaminasi alat-alat bekas pakai dalam larutan clhorin 0,5% serta kembalikan alat yang tidak terpakai ke tempat yang telah disediakan.

E: Alat-alat bekas pakai sudah direndam dalam larutan clhorin 0,5% serta alat yang tidak terpakai telah dikembalikan ke tempat semula.

6. Menimbang berat badan dan mengukur panjang bayi.

E: JK: perempuan, BB: 2,900 gram, PB: 48 cm, LK: 33 cm, LD: 34 cm, anus (+)

7. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan ibu yaitu dengan memberikan sepiring nasi dan segelas air.

E: Ibu telah makan dan minum

8. Memenuhi kebutuhan eliminasi jika ibu bisa ke toilet maka minta keluarga untuk menemani, jika tidak maka gunakan pispot, agar tidak menghambat kontraksi jika kandung kemih penuh.

E: Ibu sudah BAK ketoilet dibimbing kakak perempuannya.

9. Melakukan pengawasan kala IV yaitu pada jam pertama tiap 15 menit dan jam kedua tiap 30 menit yang terdiri dari pemeriksaan TFU yaitu tinggi fundus ibu 2 jari dibawah pusat, pemeriksaan TTV, pastikan uterus berkontraksi dengan baik, pastikan kandung kemih ibu kosong dan nilai jumlah darah yang keluar.

E: Pengawasan kala IV telah dilakukan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik, hasil pengawasan dilampirkan di partograf.

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (BAYI BARU LAHIR KN 1)

PADA BAYI NY. “A” DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM

KABUPATEN SOLOK

Nama Pengkaji : Yeni Marlinda

Tanggal : 16-02-2026

Jam : 13.30 WIB

○ DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Bayi

Nama : By Ny. A
Usia Bayi : 1 jam
Tanggal/ Jam Lahir : 16-02-2026 / 12.30 WIB
Jenis Kelamin : Perempuan

2. Riwayat Antenatal

- a. Riwayat obstetrik (ibu) : G2P10AH1
- b. Komplikasi ibu saat hamil
 - Ibu : tidak ada keluhan/ komplikasi
 - Bayi : tidak ada

3. Riwayat Intranatal

- a. Tempat persalinan : Puskesmas Sungai Nanam
- b. Tanggal/ jam persalinan : 16 Februari / 12.30 WIB
- c. Jenis persalinan : pervaginam spontan
- d. Ditolong oleh : bidan
- e. Warna cairan ketuban : jernih
- f. Lama persalinan
 - Kala I : 8 jam
 - Kala II : 30 menit
 - Kala III : 10 menit
 - Kala IV : 2 jam
- g. Komplikasi persalinan : tidak ada
- h. Inisiasi Menyusu Dini : dilakukan 1 jam dan berhasil
- i. Bounding attachment : dilakukan

- a. Kelainan Bawaan : tidak ada
- b. Resusitasi : tidak dilakukan

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada riwayat penyakit kardiovaskuler, Hipertensi, DM, Malaria, Asma atau HIV/AIDS.

5. Data Fungsional Kesehatan

- a. Eliminasi : Bayi sudah BAK dan BAB
- b. Hygiene : Bayi belum dimandikan
- c. Aktifitas : Tonus otot

○ DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : baik
 - Kesadaran : composmentis
 - Jenis Kelamin : perempuan
- b. Kelainan Bawaan : tidak ada
- c. Resusitasi : tidak dilakukan
- d. Tanda – Tanda Vital
 - Suhu : 36,6°C
 - Nadi : 125 kali permenit
 - RR : 52 kali permenit
- e. Antropometri
 - Berat Badan : 2.900 gram
 - Lingkar Kepala : 33 cm
 - Panjang Badan : 48 cm

- Lingkar Dada : 34 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kulit

- Warna kulit : kemerahan
- Verniks caseosa : ada
- Lanugo : ada, sedikit

b. Kepala : normal, tidak ada caput succedaneum dan cepalhematoma

c. Ubun-ubun : sutura datar

d. Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada kelainan

e. Hidung : tidak ada kelainan bawaan

f. Mulut : tidak ada labioskizis dan labiopalatoskizis

g. Telinga : tidak ada kelainan bawaan

h. Leher : tidak ada pembengkakan

i. Dada : Gerakan dada simetris, irama nafas teratur

j. Tangan

- Gerakan : aktif
- Jumlah jari : 10
- Kelainan : tidak ada

k. Abdomen

- Bentuk perut : normal
- Keadaan tali pusat : bersih, tidak ada perdarahan tali pusat

l. Kaki

- Gerakan : aktif
- Jumlah jari : 10

- Kelainan : tidak ada

m. Punggung

- Bentuk punggung : normal
- Gangguan lainnya : tidak ada cekungan atau tonjolan

n. Anus : berlubang

3. Pemeriksaan Reflek

- a. Reflek sucking : (+)
- b. Reflek rooting : (+)
- c. Reflek breathing : (+)
- d. Reflek swallowing : (+)
- e. Reflek morro : (+)

○ **ANALISIS**

Neonatus aterm sesuai masa kehamilan usia 1 jam normal

○ **PENATALAKSANAAN**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa saat ini keadaan umum bayi baik.

E: Ibu dan keluarga mengerti dengan informasi yang diberikan.
2. Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa bayi akan disuntik vitamin K untuk mencegah perdarahan dan salap mata untuk mencegah infeksi pada mata bayi.

E: Ibu dan keluarga bersedia dilakukan penyuntikan vitamin K dan pemberian salap mata pada bayinya.
3. Menganjurkan ibu dan keluarga agar tetap menjaga kehangatan bayinya dengan memakaikan bedong dan selimut bayi.

E: Ibu dan keluarga bersedia untuk melakukan anjuran dari bidan.

4. Mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat yaitu: tali pusat bayi cukup dibiarkan saja tanpa diberi apapun dan jika ibu ingin mengangkat popok bayi maka ikat dibawah pusat bayi agar tali pusat tidak basah saat bayi BAK/BAB.

E: Ibu paham dengan penjelasan yang disampaikan bidan.

5. Memberitahu kepada ibu tentang pentingnya pemberian ASI sesering mungkin, karena ASI pertama (kolostrum) banyak mengandung nutrisi yang baik untuk proses pertumbuhan bayi dan zat kekebalan tubuh sehingga bayi terlindungi dari penyakit.

E: Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan mau melakukan anjuran bidan.

6. Menjelaskan kepada ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti, suhu meningkat, bayi tidak mau menyusu, bayi kuning dalam 3 hari pertama, tali pusat berbau busuk. Jika terjadi salah satu dari hal tersebut maka ibu harus segera datang ke tenaga kesehatan.

E: Ibu paham dengan penjelasan bidan

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (BAYI BARU LAHIR KN 2)

PADA BAYI NY. “A” DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM

KABUPATEN SOLOK

Tanggal : 22-01-2026
Pukul : 09.00 WIB
Tempat : Puskesmas Sungai Nanam

I. Subjektif

Ibu mengatakan bayinya berusia 7 hari, isap ASI kuat, tali pusat sudah terlepas, buang air besar lancar, sehari ± 3 kali, warna kekuningan, lunak dan buang air kecil lancar, sehari $\pm 6-8$ kali, warna kuning muda, keluhan lain tidak ada.

II. Objektif

Saat kunjungan bayi sedang menyusu pada ibunya, isapan kuat, posisi dan pelekatan baik, bayi menghisap ASI dengan baik. Keadaan umum : Baik, tangisan kuat Warna kulit : Kemerahan.

Tanda-tanda Vital : BB ; 2900 gr, Pernafasan 45 kali/menit, frekuensi jantung 140 kali/menit, Suhu 37°C

III. Assessment

1. Diagnosa
Neonatus aterm, sesuai masa kehamilan usia 7 hari
2. Masalah tidak ada
3. Kebutuhan : Asuhan Bayi Normal

IV. Pelaksanaan

1. Menginformasikan kepada ibu dan suami bahwa bayi dalam keadaan sehat dan normal dimana BB Bayi 2800 gr, suhu bayi normal 37 C, pernafasan bayi normal 54 kali/menit, frekuensi jantung normal 140 kali/menit, hasil pemeriksaan fisik normal dan tidak ditemukan tanda infeksi atau tanda bahaya pada bayi.

Evaluasi: Ibu dan suami mengerti dan merasa senang dengan keadaan bayinya.

2. Mengajarkan ibu cara merawat bekas pelepasan tali pusat yaitu dibersihkan dengan air matang lalu dikeringkan dengan seksama dengan kain bersih dan dibiarkan terbuka, jangan ditaburi bedak/ramuan apapun agar tidak terjadi infeksi sehingga cepat kering.

Evaluasi: Ibu mengerti dan akan merawat bekas pelepasan tali pusat bayi.

3. Mengevaluasi konseling yang diberikan saat kunjungan sebelumnya antara lain selalu menjaga kehangatan bayi,

memberikan ASI setiap saat bayi inginkan/setiap 2-3 jam, menjaga kebersihan sebelum kontak dengan bayi dan tanda – tanda bahaya pada bayi,

Evaluasi: ibu telah menjaga kehangatan bayi, selalu memberi ASI tiap 2-

3 jam, selalu mencuci tangan sebelum kontak dengan bayi dan bisa menyebutkan tanda bahaya pada bayi.

4. Menyampaikan kepada ibu dan suami untuk hadir posyandu sekalian mendapat imunisasi BCG dan polio 1 agar bayi bisa terlindungi dari penyakit TBC dan poliomyelitis / lumpuh layu.

Evaluasi: Ibu dan suami mengerti

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (NIFAS 1)

PADA NY. “A” DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM

KABUPATEN SOLOK

Nama Pengkaji : Yeni Marlinda

Tanggal : 16-02-2026

Jam : 17.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama ibu	:	Ny. A	Nama suami	:	Tn. M
Umur	:	24 tahun	Umur	:	26 tahun
Agama	:	Islam	Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SMA	Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Petani
Alamat	:	Jorong Lipek Pageh			

2. Keluhan

Nyeri bekas luka jahitan

3. Riwayat Persalinan Sekarang

Tanggal persalinan : 16 Februari 2026

Penolong : bidan

Jenis persalinan : spontan

Plasenta : lahir lengkap

Panjang tali pusat : 50 cm

Lama persalinan

- Kala I : 8 jam - Kala III : 10 menit

- Kala II : 30 menit - Kala IV : 2 jam

Perdarahan

- Kala I : - - Kala III : 150 cc

- Kala II : 200 cc - Kala IV : 150 cc

Keadaan ketuban

- Warna : jernih

- Jumlah : 150 cc

- Bau : amis

Laserasi perineum : ada

Keadaan bayi

- Lahir : spontan

- Jenis Kelamin : perempuan

- Berat Badan : 2.900 gram

- Panjang Badan : 48 cm

- Cacat Bawaan : tidak ada

4. Data Fungsional Kesehatan

a. Data Nutrisi

Ibu belum ada makan tapi sudah minum 1 gelas the hangat

b. Data Eliminasi

Ibu sudah BAK 1 kali

c. Data Istirahat

Ibu belum ada tidur

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : baik

b. Kesadaran : composmentis

c. Tanda-tanda vital

- Tekanan darah : 110/80 mmHg

- Nadi : 80 x/menit
- Suhu : 36,6°C
- Pernafasan : 18 x/menit

2. Pemeriksaan Khusus

- a. Kepala : rambut tidak rontok
- b. Wajah : tidak pucat dan tidak oedema
- c. Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
- d. Payudara : puting susu menonjol, ASI keluar sedikit.
- e. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat
- f. Genitalia : lochea rubra
- g. Perineum : terdapat luka jahitan perineum
- h. Eliminasi : BAK ibu lancar, BAB ibu 1 kali sehari
- i. Ekstremitas : tidak ada oedema dan kemerahan ditangan dan dikaki ibu.

C. ANALISIS

Ny. "A" G2P2A0H2, postpartum 6 jam normal KU ibu baik.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik.

E: Ibu dan keluarga sudah mengetahui keadaan ibu saat ini.

2. Memberitahu kepada ibu cara mengurangi rasa sakit di bekas luka jahitan perineum yaitu dengan meminum obat pereda nyeri yang telah diberikan

bidan, kemudian basuh vagina dengan air hangat usai buang air kecil setelah itu keringkan vagina usai buang air kecil maupun buang air besar.

E: Ibu memahami penjelasan yang diberikan bidan dan sudah mengerti cara menjaga kebersihan genitalia.

3. Memastikan kembali bahwa ibu selalu mengkonsumsi makanan yang bergizi, banyak mengkonsumsi sayur dan buah, mengkonsumsi protein untuk mempercepat penyembuhan luka, minum minimal 8 gelas per hari, serta istirahat yang cukup agar produksi ASI tetap lancar.

E: Ibu sudah mengkonsumsi makanan bergizi dan produksi ASI ibu lancar.

4. Mengajarkan kepada ibu tentang cara menyusui yang benar yaitu dengan cara puting susu di olesi dengan ASI secara keseluruhan, pegang payudara dengan ibu jari berada diatas puting, sedangkan ke empat jari yang lain dibawah puting, masukan puting susu sampai bagian areola (bagian hitam) masuk kedalam mulut bayi dan apabila bayi sudah selesai menyusui, sendawakan bayi dengan cara menepuk-nepuk punggung bayi secara pelan-pelan.

E: Ibu sudah mengetahui cara menyusui bayi yang benar

5. Menganjurkan kepada ibu untuk istirahat yang cukup supaya ibu bisa pulih kembali.

E: Ibu paham dan akan melakukannya

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (NIFAS 2)
PADA NY. “A” DI PUSKESMAS SUNGAI NANAM
KABUPATEN SOLOK

Tanggal: 22- 02- 2026

Pukul : 10.00 WIB

Tempat : Puskesmas Sungai Nanam

1. Subjektif

Ibu mengatakan masih ada pengeluaran cairan pervaginam berwarna merah kecoklatan, sehari ganti pembalut 3 kali (tidak penuh pembalut), BAB lancar 1 kali sehari, dan BAK lancar $\pm$ 3-4 kali sehari, makan minum biasa, nafsu makan baik, keluhan lain tidak ada.

2. Objektif

a. Pemeriksaan Umum;

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78 kali/menit, Suhu 37°C, pernapasan 20 kali/menit.

b. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

- 1) Payudara : Bersih, tidak ada tanda bendungan ASI, tidak ada lecet pada puting susu, produksi ASI banyak
- 2) Genitalia : Tidak oedema, ada pengeluaran cairan berwarna merah kecoklatan (lochia sanguinolenta), luka lecet kering, tidak ada tanda infeksi.

Palpasi

Abdomen : Kontraksi uterus baik (uterus teraba bundar dan keras) TFU 3 jari atas symphysis, kandung kemih tidak teraba.

3. Assessment

Diagnosa

Ny. "A" G2P2A0H2, Ibu Post Partum hari ke-7 Normal

Masalah tidak ada

Kebutuhan :

- a. Informasi hasil pemeriksaan
- b. KIE

4. Pelaksanaan

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan suami bahwa keadaan ibu baik, tekanan darah normal 110/70 mmHg, nadi normal 78 kali/menit, suhu normal 37°C, pernapasan normal 20 kali/menit, kontraksi uterus baik, pengeluaran cairan pervagina normal, luka jahitan sudah kering, tidak ada tanda infeksi, sesuai hasil pemeriksaan keadaan ibu baik dan sehat.

Evaluasi: Ibu dan suami mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.

- 2) Mengajarkan ibu untuk melakukan latihan kegel karena bisa menguatkan otot sekitar luka untuk membantu penyembuhan lebih cepat, caranya dengan menahan selama 5 detik saat buang air kecil dan dilakukan sebanyak 5 kali dilakukan setiap buang air kecil.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

- 3) Mengajarkan ibu mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti nasi, sayur dan lauk dengan porsi 3 kali sehari lebih banyak dari biasanya, serta minum air $\pm$ 3 liter sehari dan setiap kali selesai menyusui, agar kebutuhan nutrisi dan cairan terpenuhi, mempercepat proses pemulihan dan meningkatkan kualitas ASI.

Evaluasi: Ibu mengerti dan sudah mengkonsumsi makanan

bergizi seimbang serta minum air seperti yang telah dianjurkan.

- 4) Mengevaluasi konseling yang diberikan pada kunjungan sebelumnya tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi,

Evaluasi: Ibu sudah memberikan ASI saja tiap 2-3 jam untuk bayinya kapanpun bayinya inginkan.

- 5) Menyampaikan ibu untuk menjaga kebersihan daerah genitalia dan perineum dengan mengganti pembalut 2 kali sehari atau sesering mungkin dan membersihkan perineum setiap kali BAK dan BAB dari arah depan ke belakang serta mencuci tangan sebelum dan setelah buang air besar / buang air kecil, Evaluasi: ibu akan melakukan sesuai anjuran.

- 6) Menyampaikan pada ibu untuk merawat payudaranya saat mandi pagi dan sore, menggunakan BH yang menyokong payudara serta mengoleskan ASI pada puting setelah menyusui.

Evaluasi: Ibu sudah melakukan perawatan payudara.

- 7) Menganjurkan ibu untuk istirahat teratur apabila bayinya sudah tertidur pulas agar produksi ASI lancar serta mempercepat proses pemulihan yaitu tidur siang ± 1 jam dan tidur malam ± 8 jam.

Evaluasi: Ibu mengerti dan sudah tidur/istirahat siang ± 1 jam dan malam ± 8 jam setiap hari.

- 8) Mengingatkan kembali pada ibu untuk memakai alat kontrasepsi

Evaluasi: Ibu berjanji akan memakai alat kontrasepsi Implant pada hari ke- 35 nifas nantinya

- 9) Melakukan dokumentasi pada buku KIA

BAB IV PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis membuat suatu pembahasan dari studi kasus asuhan kebidanan komprehensif yang telah penulis lakukan pada Ny.”A” mulai dari asuhan kehamilan trimester III, bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Studi kasus ini telah dilakukan mulai dari tanggal 22 Desember 2025 dan dilanjutkan tanggal 24 Januari 2026 di Puskesmas Sungai Nanam. Penulis akan menyajikan pembahasan dengan membandingkan apakah terdapat kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan dengan asuhan kebidanan yang diterapkan pada Ny.”A” umur 24 tahun G2PA0H1 HPHT 10-05-2025 dengan taksiran persalinan pada tanggal 17 Februari 2026.

A. KEHAMILAN

Asuhan antenatal pada Ny. A dilakukan sejak usia kehamilan 32 minggu hingga 39 minggu sebanyak 2 kali kunjungan. Berdasarkan rekomendasi terbaru dari World Health Organization (WHO), pelayanan antenatal idealnya dilakukan minimal 6 kali kontak untuk mengoptimalkan deteksi dini komplikasi dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Saat kunjungan pertama tanggal 22 Desember 2025 pukul 11.00 WIB setelah melakukan anamnesa, pemeriksaan umum dan pemeriksaan khusus dapat ditegakkan diagnosa yaitu “Ibu hamil G2P1A0H1 usia kehamilan 32-33 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, let-kep, pu-ka, keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, dan tidak ditemukan tanda bahaya. Hal ini sesuai dengan teori bahwa kehamilan trimester III normal ditandai dengan pertumbuhan janin sesuai usia kehamilan, gerak janin aktif, dan tidak adanya keluhan patologis. Asuhan yang

diberikan meliputi pemeriksaan fisik lengkap, pangkes tentang gizi seimbang, bahaya asap rokok, tanda bahaya TM III dan pemberian Fe. Berdasarkan hasil asuhan yang telah diberikan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

Dalam pemeriksaan kehamilan pada Ny. "A" penulis memberikan pelayanan ANC yaitu 10T hal ini sesuai dengan teori Kementerian Kesehatan RI (2019), dimana hasilnya didapatkan pengukuran tinggi badan ibu yaitu 150 cm, pemeriksaan BB ibu 54 kg, tekanan darah ibu yaitu 110/80 mmHg, lingkaran atas ibu 24,5 cm, tinggi fundus uteri ibu yaitu teraba pada pertengahan PX (*procesus xiphoides*) - Pusat, ukuran Mc.donald yaitu 28 cm. Ibu sudah mendapatkan tablet Fe dan mengkonsumsinya 1 tablet perhari, serta melakukan konseling dan tata laksana kasus. Pemberian imunisasi TT tidak penulis lakukan karena yang penulis lihat di buku KIA ibu sudah mendapatkan imunisasi TT dan melakukan pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan HB (12 g/dL), protein urine dan pemeriksaan glukosa urine dengan hasil negatif, pemeriksaan golongan darah ibu dengan hasil golongan darah ibu O, pemeriksaan ini dilakukan ibu saat kontrol hamil di puskesmas pada tanggal 14 Juli 2025 dan hasil tes yang diperoleh adalah HIV (NR), HbsAg (NR) dan Sifilis (NR).

Pada kunjungan kedua tanggal 24 Januari 2026 pukul 10.00 WIB, hasil pemeriksaan usia kehamilan 36-37 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, let-kep, pu-ka, keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik

Pada saat kunjungan ini ibu mengeluh sering BAK. Berdasarkan konsep teori Manuaba (2010) yaitu mengenai perubahan fisiologis ibu Trimester III,

keluhan ini merupakan keluhan yang normal atau fisiologis penyebabnya karena pengaruh desakan dan turunnya kepala janin pada hamil tua, desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh sehingga mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat. Maka dari itu ibu dianjurkan agar meningkatkan asupan cairan pada siang hari dan mengurangi asupan cairan pada malam hari. Mengurangi minuman yang mengandung kafein serta menjaga personal hygiene yaitu untuk mengganti celana dalam ketika lembab dan sudah tidak nyaman di pakai.

Disamping itu, penulis juga memberikan penjelasan kepada ibu mengenai tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan komplikasi (P4K) dan tanda bahaya persalinan. Dari hasil penjelasan yang telah diberikan kepada ibu, maka evaluasi yang didapatkan adalah ibu paham dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan serta pada asuhan ini tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

B. PERSALINAN

a. Kala I

Pada tanggal 16 Februari 2026 pukul 09.00 WIB Ny "A" datang ke Puskesmas diperoleh data subjektif Ny "A" yaitu mengeluh nyeri pinggang yang menjalar ke ari-ari sejak pukul 03.30 WIB dan keluar lendir bercampur darah pada pukul 02.00 WIB dan Ny "A" mengatakan belum ada merasa ketuban pecah.

Dari hasil pemeriksaan keadaan umum ibu dan janin baik, usia kehamilan ibu sudah 39-40 minggu, dimana pada teori Kurniarum (2016), usia kehamilan cukup bulan yang siap untuk melahirkan yaitu 37 sampai 42

minggu. Pada pukul 09.00 WIB frekuensi kontraksi uterus ibu yaitu 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik. Pada pemeriksaan dalam ditemukan hasil tidak ada massa pada dinding vagina, portio masih tebal, pembukaan 4 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, penurunan kepala bagian terendah di Hodge II, tidak ada penyusupan dan tidak ada bagian yang menumbung. Berdasarkan data subjektif dan objektif tersebut penulis menegakkan diagnosa Ibu inpartu, G2P1001, aterm, kala I fase aktif, keadaan umum ibu dan janin baik. Karena proses persalinan telah masuk kala I fase aktif maka mulai di observasi di partograf.

Menurut teori Mutmainnah, et al (2017) pemantauan menggunakan partograf di mulai ketika pembukaan serviks 4 cm. Hal-hal yang dinilai yaitu DJJ, air ketuban, penyusupan, pembukaan, penurunan bagian terendah, His, tanda-tanda vital dan pengeluaran urine.

Kala I dimulai sejak terjadi kontraksi uterus yang teratur dan meningkat frekuensi dan kekuatannya hingga serviks membuka lengkap (10 cm), hal ini sesuai dengan teori Prawirohardjo (2016). Pada Ny.”A” lama kala I berjalan normal yaitu lebih kurang 8 jam sampai pembukaan lengkap. Pada teori Manuaba (2010) dijelaskan bahwa pada multipara kala I berjalan normal 8 jam dan pada primipara normalnya 12 jam.

Pada kasus Ny “A” penulis memberikan asuhan sayang ibu dengan tujuan memberikan rasa nyaman dan dapat mengurangi rasa sakit serta rasa cemas yang dirasakan ibu.

Asuhan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu tentang sakit pinggang menjalar ke ari-ari dikarenakan penurunan kepala janin untuk masuk PAP yang membuat saraf dan pembuluh darah yang terletak dekat tulang punggung menjadi tertekan. Bidan memberikan asuhan dengan melakukan pemijatan effleurage pada bagian punggung dan pinggang ibu untuk mengurangi rasa sakit.

Menjelaskan kebutuhan nutrisi dan hidrasi ibu yaitu: menganjurkan ibu untuk makan dan minum karena ibu membutuhkan energi yang besar dan kuat saat bersalin nanti. Menganjurkan kepada ibu agar tidak menahan pipis, ibu boleh ke kamar mandi atau bidan memasang kateter kepada ibu, jika ibu menahan pipis akan menghambat penurunan kepala janin oleh kandung kemih yang penuh. Melakukan pemantauan untuk mengetahui kemajuan persalinan ibu. Pada asuhan kala I ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

b. Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi (Ilmiah, 2017). Pada pukul 12.00 WIB Ny.“A” mengatakan sakit pinggang yang dirasakan semakin kuat dan sering, ibu mengatakan seperti ingin buang air besar, ibu mengatakan ingin meneran. Penulis melakukan pemeriksaan inspeksi terdapat tanda-tanda kala II yaitu vulva membuka, perineum menonjol, dan tekanan pada anus hal ini sama dengan teori Prawirohardjo (2016). Selanjutnya dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil portio sudah tidak teraba, pembukaan sudah lengkap, ketuban sudah

pecah, di dapatkan hasil air ketuban jernih, teraba ubun-ubun kecil tepat berada di pinggir bawah simpisis, tidak ada penyusupan, penurunan kepala Hodge IV. Dari hasil yang didapatkan penulis menegakkan diagnosa ibu inpartu kala II, keadaan umum ibu dan janin baik.

Asuhan yang diberikan kepada ibu yaitu menjelaskan bahwa yang ibu rasakan merupakan tanda-tanda persalinan akan dimulai, memberitahu ibu posisi yang nyaman untuk meneran, melakukan pertolongan persalinan kepada ibu. Penulis sudah menggunakan APD, penulis mulai membimbing ibu meneran, kemudian melaksanakan pertolongan persalinan sesuai dengan APN. Setelah bayi lahir diletakkan di atas perut ibu kemudian dikeringkan dengan handuk bersih bersamaan dengan penilaian sepiantas bayi baru lahir. Bayi menagis kuat, kulit kemerahan dan tonus otot aktif, bayi lahir spontan pada pukul 12.30 WIB. Setelah itu penulis memastikan tidak ada janin kedua.

Kala II pada Ny “A” tidak melewati batas normal yaitu 30 menit. Lamanya kala ini sesuai dengan teori Saifuddin (2014) bahwa proses kala II berlangsung $\frac{1}{2}$ - 1 jam pada multipara dan $1\frac{1}{2}$ - 2 jam pada primipara. Pada Ny “A” tidak dilakukan episiotomi dan terdapat laserasi jalan lahir. Selama kala II berlangsung penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

Selama proses persalinan, diterapkan prinsip pencegahan infeksi, dengan menggunakan alat-alat yang disterilkan. Hal ini untuk mencegah infeksi pada ibu, bayi dan penolong.

c. Kala III

Setelah dilakukan pemeriksaan janin kedua dan diberikan asuhan selama kala III yaitu manajemen aktif kala III meliputi menginjeksikan oksitosin, tali pusat dipotong lalu di jepit dan bayi diletakkan diantara kedua payudara ibu dan diselimuti untuk dilakukan IMD selama lebih kurang 1 jam. Ketika bayi di IMD kan, selanjutnya menilai adanya tanda pelepasan plasenta, kemudian lakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) untuk membantu kelahiran plasenta.

Setelah melakukan PTT pada Ny “A” plasenta lahir pukul 12.40 WIB yang berlangsung 10 menit setelah bayi lahir. Hal ini normal karena tidak lebih dari 30 menit setelah bayi lahir sesuai dengan teori Prawirohardjo (2016) yaitu proses kala III berlangsung selama 5 – 30 menit. Setelah plasenta lahir dilakukan masase fundus uteri untuk memastikan kontraksi uterus baik dan TFU 2 jari dibawah pusat. Setelah itu memeriksa kelengkapan plasenta menggunakan kassa di dapatkan kotiledon plasenta lengkap, selaput utuh, insersi tali pusat marginalis, panjang tali pusat ± 50 cm dan jumlah pendarahan ± 150 cc. Kemudian penulis melakukan evaluasi laserasi pada jalan lahir, dan Ny. “A” terdapat laserasi jalan lahir. Dalam kasus Ny.”A” pada kala III tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

d. Kala IV

Pada kala IV menurut teori Prawirohardjo (2016) melakukan pemantauan pada ibu selama 2 jam pertama post partum. Pada satu jam pertama setiap 15 menit dan pada satu jam kedua setiap 30 menit berupa pemantauan pengukuran TTV, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan jumlah

perdarahan. Hasil pemeriksaan didapatkan TTV dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat dalam batas normal, kontraksi baik, kandung kemih tidak teraba, perdarahan normal.

Pada kala IV diberikan asuhan rasa nyaman kepada ibu dengan cara membersihkan ibu dari darah dan ketuban yang melekat di badan ibu, melakukan pemantauan kala IV, pemenuhan nutrisi dan hidrasi ibu, memberitahu ibu untuk mobilisasi dini secara bertahap dan memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK. Berdasarkan hasil observasi kala IV tidak ada komplikasi dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

C. Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas dilakukan dengan kunjungan nifas sekurang-kurangnya sebanyak 3 kali dengan jadwal kunjungan I (6 jam-3 hari post partum), kunjungan II (4 hari-28 hari post partum), dan kunjungan III (29 hari-42 hari post partum) hal ini sesuai dengan teori Kemenkes RI (2016). Penulis melakukan kunjungan masa nifas pada Ny “A” sebanyak 1 kali.

Kunjungan pertama masa nifas ini dilakukan pada 6 jam post partum yaitu pada tanggal 16 Februari 2026 pukul 17.00 WIB pada saat ibu masih di Puskesmas. Diperoleh data subjektif ibu mengeluhkan perut masih terasa tegang, nyeri bekas luka jahitan perineum dan ASI keluar sedikit.

Kemudian penulis melakukan pemeriksaan didapatkan hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi baik, TFU 3 jari dibawah pusat, kandung kemih tidak teraba, pengeluaran pervaginam lochea rubra, pemeriksaan *head*

to toe dalam batas normal, hal ini sesuai dengan teori Mansyur (2014) tentang perubahan fisiologis pada masa nifas.

Dari data subjektif dan objektif didapatkan diagnosa ibu 6 jam postpartum, keadaan umum ibu baik dan didapatkan masalah ibu merasa ASI sedikit keluar. Maka dari itu, penulis memberikan asuhan tentang ASI sedikit keluar disebabkan oleh produksi ASI diawal menyusui memang sedikit, karena payudara ibu belum terangsang oleh hisapan bayi, namun jika ibu sering menyusukan bayinya akan membuat ASI untuk terangsang keluar, selain itu ibu harus mengkonsumsi makanan yang dapat memperlancar produksi ASI seperti sayur bayam, pucuk katu dan lain sebagainya. Sesuai dengan teori Mansyur (2014) mengenai kebutuhan pada masa nifas yaitu Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk produksi ASI dan untuk aktifitas sendiri.

Memberikan penkes tentang rasa tegang pada perut ibu merupakan hal yang normal karena itu tandanya perut ibu mengalami kontraksi, jika tidak terjadi kontraksi pada perut ibu setelah persalinan akan menyebabkan terjadinya perdarahan. Mengajarkan ibu untuk mobilisasi bertahap, mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar, menjelaskan tanda-tanda bahaya 6 jam pertama masa nifas dan menyarankan ibu untuk kunjungan ulang. Pada pelaksanaannya tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

D. Bayi Baru Lahir

Pada pukul 13.30 WIB tanggal 16 Februari 2026 bayi Ny”A” lahir spontan dengan menangis kuat, tonus otot baik, kulit tampak kemerahan dan nafas tidak

megap-megap hal ini sesuai dengan teori Mutmainnah (2017) tentang penilaian segera bayi baru lahir.

Kunjungan pertama (KN-1) dilakukan pada saat usia bayi 1 jam sampai 48 jam. Penulis melakukan kunjungan pertama pada saat bayi berusia 1 jam yaitu pada pukul 13.30 WIB tanggal 16 Februari 2026. Dikumpulkan data secara subjektif ibu mengatakan bayinya sudah disusui, bayinya telah BAB dan BAK. Kemudian dilakukan pemeriksaan data objektif dengan hasil pemeriksaan umum bayi baik, LK 33 cm, LD 34 cm, PB 48 cm dan tidak ditemukan kelainan pada bayi. Penulis menegakkan diagnosa yang diperoleh dari data subjektif dan objektif yaitu bayi baru lahir normal sesuai masa kehamilan, usia 1 jam, KU bayi baik.

Asuhan yang diberikan penulis kepada bayi yaitu menginformasikan hasil pemeriksaan tentang kondisi bayi, perawatan tali pusat bayi baru lahir, tanda bahaya bayi baru lahir serta pemenuhan nutrisi pada bayi dengan pemberian ASI. Perawatan tali pusat pada bayi Ny “A” yaitu tali pusat dibiarkan terbuka dan tetap kering, hal ini sesuai dengan teori Ilmiah (2017) yaitu tidak membungkus tali pusat atau membubuhkan obat-obatan, ramuan, betadine maupun alcohol pada tali pusat. Kemudian menjaga kehangatan bayi untuk mencegah hipotermi dengan cara membedong bayi dengan kain bersih serta menutupi kepala dengan topi dan meletakkan bayi disisi ibu.

Dari hasil evaluasi yang didapatkan adalah ibu paham dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Asuhan yang diberikan pada bayi telah sesuai dengan kebutuhan bayi usia 1 jam dan sesuai dengan teori kebidanan yang ada.

BAB V

PENUTUP

E. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.“A” yang dimulai dari tanggal 22 Desember 2025 dan dilanjutkan tanggal 26 Januari 2026 penulis dapat menerapkan manajemen asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir, selain itu penulis juga dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis telah melakukan pengkajian dan pengumpulan data terhadap klien dengan kehamilan trimester III, persalinan, nifas dan bayi baru lahir normal.
2. Dengan adanya data yang terkumpul maka dapat ditentukan interpretasi data, diagnosa, masalah, dan kebutuhan ibu hamil, melahirkan, nifas, dan bayi baru lahir normal.
3. Setelah melakukan interpretasi data, penulis tidak menemukan masalah serius yang akan menimbulkan diagnosa potensial pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir normal.
4. Pada kasus ini proses kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, hingga nifas dalam keadaan normal sehingga tidak memerlukan tindakan segera yang membutuhkan tindakan kolaborasi maupun rujukan, masalah yang dialami ibu juga masih dalam batas normal, sehingga masih bisa diatasi secara mandiri.

5. Berdasarkan interpretasi data penulis dapat menyusun rencana asuhan yang menyeluruh pada ibu hamil, melahirkan, nifas, dan bayi baru lahir dengan bantuan bidan dan pembimbing.
6. Asuhan kebidanan yang telah direncanakan dapat diterapkan dan dilaksanakan dengan baik sesuai harapan, walaupun ada hambatan namun masih bisa di tanggulangi.
7. Selanjutnya telah dilakukan evaluasi terhadap keefektifan asuhan yang diberikan selama kehamilan, persalinan, nifas, hingga bayi baru lahir.
8. Setelah itu penulis mendokumentasikan asuhan pelayanan kebidanan yang telah diberikan dalam bentuk SOAP.

B. Saran

1. Bagi Penulis Selanjutnya

- a. Diharapkan bagi penulis selanjutnya untuk dapat memperdalam dan menerapkan pengetahuan sehingga dapat memberikan asuhan secara menyeluruh dan sesuai dengan kebutuhan ibu.
- b. Diharapkan bagi penulis selanjutnya untuk lebih teliti dalam melakukan pengkajian dan memberikan asuhan terhadap ibu sehingga asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan ibu.

2. Bagi Institusi

Diharapkan bagi institusi dapat menjadikan tugas akhir ini sebagai bahan evaluasi untuk mengetahui kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan secara berkesinambungan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir.

3. Bagi Lahan Praktik

- a. Diharapkan bagi lahan praktik agar terus memberikan asuhan yang berdasarkan *evident based*.
- b. Diharapkan lahan praktik dapat meningkatkan kelengkapan alat labor sederhana yang berguna untuk membantu menegakkan diagnosa.

DAFTAR PUSTAKA

- WHO *Recommendations on Maternal and Newborn Care*. Geneva: WHO; 2022
- WHO, *Maternal Mortality*. Geneva: WHO; 2023
- Kemenkes RI. 2024. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2024*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Dinkes Kabupaten Solok. 2023. *Profil Kesehatan Tahun 2023*. Solok: Dinkes Kabupaten Solok.
- Fatimah dan Nuryaningsih. 2017. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan UMJ.
- Handayani, Sih Rini dan Triwik Sri Utami. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Ilmiah, Widia Shofa. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Indrayani dan Moudy Emma Unaria Djami. 2013. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kurniarum, Ari. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2023. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mansyur, Nurliana dan A. Kasrida Dahlan. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Malang: Selaksa.
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Mutmainnah, Annisa UI, dkk. 2017. *Asuhan Persalinan Normal dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Andi.
- Permenkes RI. 2023. *Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Jakarta: Permenkes RI.
- Podungge, Yusni. 2020. *Asuhan Kebidanan Komprehensif*. Jambura Health and Sport Journal, 2(2), 75.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.

- Rukiyah, Ai Yeyeh dan Lia Yulianti. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Trans Info Media.
- Romauli, Suryati. 2011. *Asuhan Kebidanan Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saifuddin, A. 2014. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sembiring, Julina Br. 2019. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Budi Utama.
- Sebtalesy, Cintika Yorinda. 2018. *Asuhan Kebidanan Secara Contonuity Of Care (COC) Pada Ny”R” Hamil Trimester III Sampai Dengan Pemilihan KB Pascasalin di PMB Eny Kusri S.Tr.Keb Kab. Madiun*. Komunikasi Kesehatan, 9(02), 65-81.
- Sutanto, Andina Vita dan Yuni Fitriana. 2019. *Asuhan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tyastuti, Siti dan Heni Puji Wahyuningsih. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Wahyuni, Elly Dwi. 2018. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Kemenkes.
- Yulizawati, dkk. 2017. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Padang: Rumah Kayu Pustaka Utama.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth. Calon Responden
Di Tempat
Dengan Hormat,

Saya Yeni Marlinda sebagai mahasiswi Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi, bahwa saya melakukan praktik *Continuity of care* (COC) ini untuk menyelesaikan tugas akhir Program Studi Pendidikan Profesi Bidan.

Praktik *Continuity of care* (COC) ini bertujuan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan tidak akan menimbulkan akibat atau dampak buruk bagi ibu/saudara/I sebagai responden. Sehubungan dengan hal ini di atas saya mengharapkan ketersediaan anda untuk menjadi responden saya. Saya menjamin kerahasiaan identitas anda dan kesediaan anda menjadi responden hanya untuk pengembangan ilmu kebidanan dan tidak digunakan dengan maksud lain. Atas perhatian dan ketersediannya saya sampaikan terimakasih.

**Hormat saya,
Peneliti**

**Yeni Marlinda
NIM. 241004615901077**

Lampiran 2. Lembar *Informed Consent*

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Alamat :

Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subjek dalam praktik *Continuity of care* (COC) pada mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi Tahun 2025. Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan Kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindarkan kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut di atas sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sungai Nanam, November 2025

Mahasiswa Responden

Yeni Marlinda

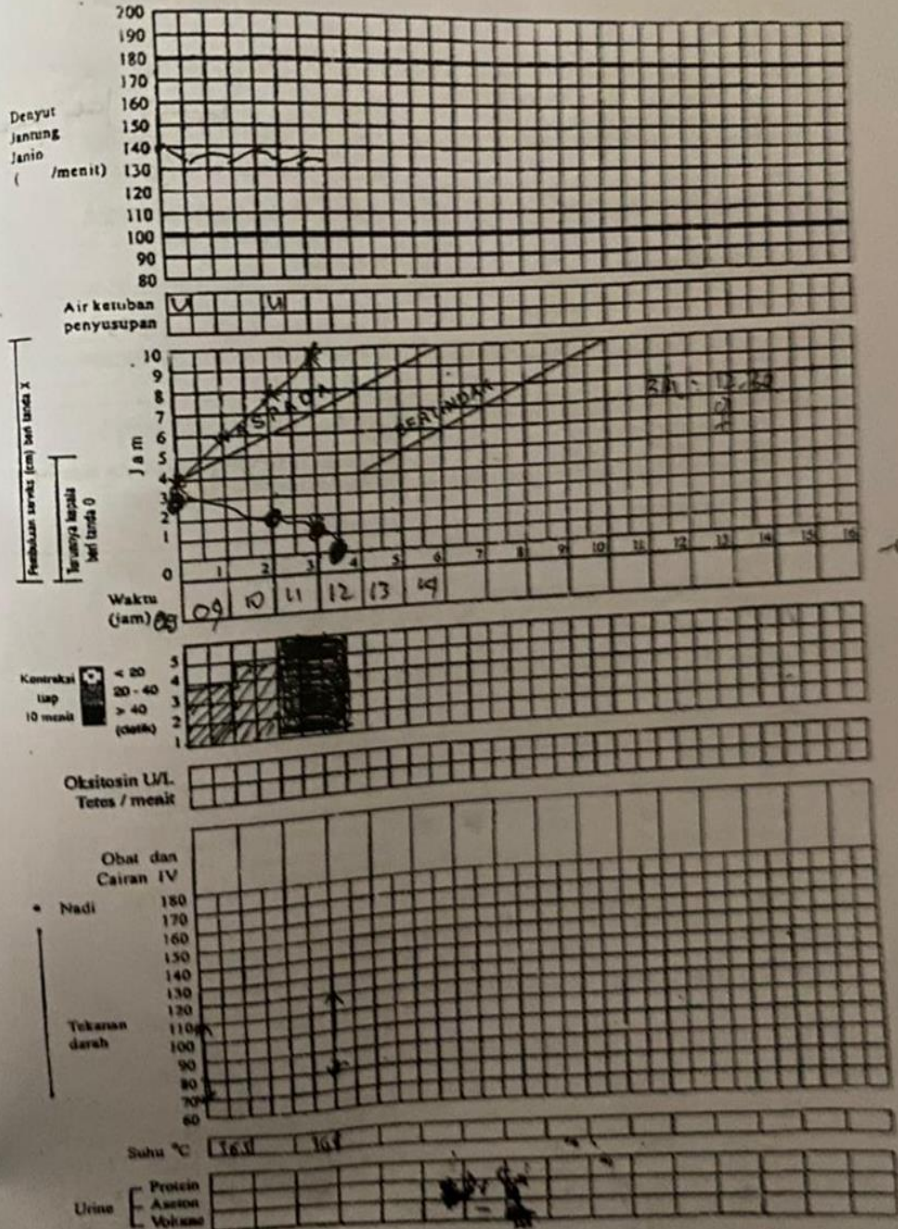
NIM. 241004615901077

Lampiran 3. Patograf Persalinan Ny. "A"

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah

Nama Ibu: My. A Umur: 29 (G: 2 P: 1 A: 0 H: 1)
Tanggal: 16/2/20 Jam: 09.00
sejak jam _____ mules sejak jam 03.00



Lembar Bagian Depan Partograf

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 16/12/2016
2. Nama bidan : Yuli Kurni
3. Tempat persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☒ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☐ Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan rujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat menjuk :
 - ☐ bidan
 - ☐ teman
 - ☐ suami
 - ☐ dukun
 - ☐ keluarga
 - ☐ tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - ☐ Gawat darurat
 - ☐ Perdarahan
 - ☐ HDK
 - ☐ Infeksi
 - ☐ PMTCT

KALA I

10. Partogram melewati garis waspada : ☒ Ya
11. Masalah lain, sebutkan :
12. Penatalaksanaan masalah tsb :
13. Hasilnya :

KALA II

14. Episiotomi :
 - ☐ Ya, indikasi
 - ☒ Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan :
 - ☐ suami
 - ☐ teman
 - ☐ tidak ada
 - ☒ keluarga
 - ☐ dukun
16. Gawat janin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
 - ☒ Tidak
 - ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil :
17. Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
 - ☒ Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini :
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasannya
20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U in?
 - ☒ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan
 - Penjepitan tali pusat : menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☐ Ya, alasan
 - ☒ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan

24. Masase fundus uteri?

- ☒ Ya
- ☐ Tidak, alasan

25. Plasenta lahir lengkap (intact) ☒ Ya ☒ Tidak

Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :

- a.
- b.

26. Plasenta tidak lahir > 30 menit :

- ☒ Tidak
- ☐ Ya, tindakan

27. Laserasi :

- ☒ Ya, dimana
- ☐ Tidak

28. Jika laserasi perineum, derajat (1/2/3/4)

Tindakan :

- ☒ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
- ☐ Tidak jahit, alasan

29. Alochia uteri :

- ☐ Ya, tindakan :
- ☒ Tidak

30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan ± 150 ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut

Hasilnya :

KALA IV

32. Kondisi ibu : KU Baik, TD 110/70 mmHg, Nadi : 80/mnt, Napas : 20/mnt

33. Masalah dan penatalaksanaan masalah

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 3,5 kg

35. Panjang badan : 50 cm

36. Jenis kelamin : L (P)

37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit

38. Bayi lahir :

☒ Normal, tindakan :

- ☒ Mengeringkan
- ☒ Menghangatkan
- ☐ rangsangan taktil
- ☒ memastikan IMD atau nakui menyusu segera

☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/emas, tindakan :

- ☐ mengeringkan
- ☐ bebaskan jalan napas
- ☐ rangsangan taktil
- ☐ menghangatkan
- ☐ bebaskan jalan napas (lain-lain, sebutkan :
- ☐ paksa/selimuti bayi dan lempatkan di sisi ibu

☐ Cacat bawaan, sebutkan :

☐ Hipotermi, tindakan :

- a.
- b.
- c.

39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir

☐ Ya, waktu : 1/2 jam setelah bayi lahir

☐ Tidak, alasan

40. Masalah lain, sebutkan :

Hasilnya :

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	12.55	100/70	80		2 jari baw	kuat	terisi	± 150
	13.10	110/70	80		2 jari baw	kuat	terisi	± 200
	13.25	110/70	80		2 jari baw	kuat	terisi	± 200
	13.40	110/70	80		2 jari baw	kuat	terisi	± 200
2	14.20	110/70	80		2 jari baw	kuat	terisi	± 200
	14.50	110/70	80		2 jari baw	kuat	terisi	± 200

Gambar 2.2

Lampiran 4. Dokumentasi Pelayanan.

Asuhan Kehamilan



Asuhan Persalinan



Asuhan Nifas



Asuhan BBL

